

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ปริญญานิพนธ์

ของ

วรรณภา สารियाชีวะ

๖

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตรเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๐๖๕๖๕

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการ
(อาจารย์เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการ
(อาจารย์เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ...12... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ และกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่ม คือรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ซึ่งได้แก่แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร อาจารย์กนิษฐา อ่อนกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชุชม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุภชัย ไพบูลย์ผล คุณณนอมพล คอนไพรวัน คุณทวีป สาลิตติค และคุณจริยา อภิรักษ์อาภา ที่ได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นวิทยากรร่วมบรรยาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรมสุขศึกษา

ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดาผู้ให้กำเนิด และทำให้ลูกประสบความสำเร็จในชีวิต ขอบคุณ คุณวินัย สาริยาชีวะ เพื่อนร่วมชีวิตและญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจและส่งเสริมด้านการ ศึกษาจนถึงปัจจุบัน ขอบูชาครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตั้งแต่เริ่มการศึกษา เป็นต้นมา

ขอขอบคุณคุณอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย คุณรพีพร สโรบล คุณกฤษณา ตรียมณีรัตน์และ เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ ตลอดเวลาที่ศึกษาอยู่ ขอบคุณที่ ๆ เพื่อน ๆ ร่วมรุ่นที่ร่วมกันฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ มาด้วยกัน และเป็นกำลังใจที่ดีต่อกัน ตลอดมา และขอขอบคุณผู้บริหารและอาจารย์โรงเรียนบางแพะปฐมวิทยา และโรงเรียนวัดดอนตูมทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกในขณะดำเนินการจัดโปรแกรมสุขศึกษาจนกระทั่งสำเร็จตามเป้าหมาย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านด้วยความจริงใจ ขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้อีกครั้ง

วรรณา สาริยาชีวะ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	9
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	49
การวิจัยในต่างประเทศ.....	49
การวิจัยในประเทศไทย.....	53
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	60
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	61
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	61
ประชากร	61
กลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
ลักษณะของเครื่องมือ.....	64
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	65
เกณฑ์การให้คะแนน.....	66
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	67
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	69
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	71
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	76
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	76
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	77
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	88
บทย่อ.....	88
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	88
วิธีดำเนินการวิจัย.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
สรุปผลการค้นคว้า.....	90
อภิปรายผล.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	94
ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป.....	95
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก.....	107
ภาคผนวก ข.....	111
ภาคผนวก ค.....	124
ภาคผนวก ง.....	136
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	145

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเพศและหมวดอายุ พ.ศ. 2539.....	4
2	หลักการ วิธีการ ขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะปฏิบัติ.....	38
3	ขั้นตอนการป้องกันการสูบบุหรี่.....	39
4	แผนการให้โปรแกรมสุขศึกษา.....	70
5	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	77
6	เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปีก่อนทดลองกับหลังทดลอง.....	82
7	เปรียบเทียบคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ปีก่อนทดลองกับหลังทดลอง.....	83
8	เปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติปีก่อนทดลองกับหลังทดลอง.....	84
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้หลังการทดลอง โดยใช้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปีก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม.....	85
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนเจตคติหลังการทดลอง โดยใช้คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ปีก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม.....	86
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนหลังการทดลอง โดยใช้คะแนนการปฏิบัติปีก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม.....	87

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ.....	2
2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มเสพยาหรื.....	19
3 แสดงขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ.....	28
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายความร่วมมือของผู้ป่วย ในการป้องกันโรค.....	42
5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรม ความร่วมมือของผู้ป่วย.....	43
6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
7 แบบแผนการทดลอง.....	62

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

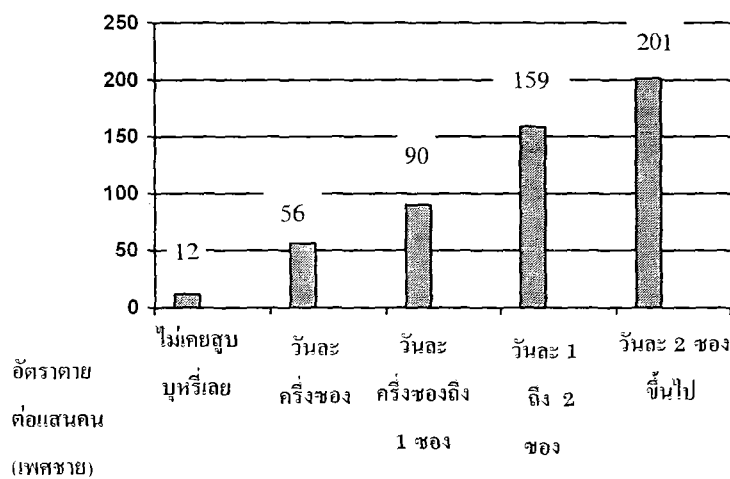
ปัญหาสาธารณสุขนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะมีผลกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก และการระบาดของโรคในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญของเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาท ทำให้สังคมไทยก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขจึงเปลี่ยนแปลงไปตามเทคโนโลยีที่เข้ามาและส่งผลให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม (วิฑูรแสงสิงแก้ว. 2537 : 4) และหนึ่งในปัญหาของพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุในการบ่อนทำลายชีวิตมนุษย์ทั้งร่างกาย จิตใจแล้วยังส่งผลกระทบไปยังระบบเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม ทั้งผู้สูบและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด นั่นคือปัญหาการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่กลายเป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ตั้งแต่ปี 2523 และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ล่าสุดเมื่อปี 2538 พบว่า มีประชากรโลกสูบบุหรี่ทั้งหมด 1,100 ล้านคน และเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 3 ล้านคนต่อปี หากคำนวณออกมาอย่างละเอียดจะพบว่าในทุก ๆ 1 นาที จะมีผู้เสียชีวิต 6 คน หรือ 1 คนต่อ 10 วินาที และองค์การอนามัยโลกยังได้คำนวณต่อไปอีกว่า ในอีก 30 ปี ข้างหน้า ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคนหรือ 20 คนต่อ 1 นาที (ประกิจ วาทีสารกิจ. 2540 : 7)

จากการศึกษาผลของการสูบบุหรี่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดโรค ซึ่งโรคที่สำคัญที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ได้แก่โรค มะเร็งปอดร้อยละ 90 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 80 โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันร้อยละ 20 - 25 มะเร็งตับอ่อนร้อยละ 30 มะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 30 - 40 เมื่อจำแนกตามโรคที่เป็นพบว่าการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีมากเป็นอันดับ 1 ซึ่งพบถึงร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่ ส่วนโรคมะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับสอง จากสถิติผู้ป่วยคนไทยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้เป็นมะเร็งปอดมีประวัติสูบบุหรี่ และร้อยละ 75 ของผู้ที่เป็นมะเร็งปอดจะเป็นผู้สูบบุหรี่จัด คือ อย่างน้อยวันละ 20 มวนติดต่อกัน 20 ปีขึ้นไป หรือวันละ 10 มวน ติดต่อกันประมาณ 30 ปีขึ้นไป และจากการวิจัยของนายแพทย์พงษ์ศิริ ปรารธนาดี และคนอื่นๆ เมื่อปี พ.ศ.

2536 พบว่าชาวเชียงใหม่ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ถึง 29 เท่า โดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ถึง 9 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานระหว่าง 20-40 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่า กลุ่มที่ไม่สูบ 30 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นาน 41 - 60 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้นถึง 47 เท่า สำหรับอายุที่เป็นมะเร็งปอดพบมากในช่วงอายุ 50 - 64 ปี (ประสงค์ คุณานูวัฒน์ชัยเดช. 2529 : 159)

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปอดมากขึ้นตามอัตรา และจำนวนบุหรี่ที่สูบ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ

ที่มา : พัฒน์ สุจำนงค์. 2529 : 18 - 19

ผลเสียต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะตัวผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อบุคคลข้างเคียงด้วย คือในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้ากว่าปกติความสามารถในการอ่านและคิดคำนวณช้ากว่าปกติ ทารกมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าทารกของมารดาที่ไม่สูบบุหรี่และจะทำให้เกิดการแท้งได้ง่าย ส่วนผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะเป็นเด็ก พบว่ามีอัตราการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น เช่น เป็นหวัด หลอดลมอักเสบ

ทอนซิลอักเสบ และหอบหืด การสูบบุหรี่ทุกๆ 20 มวนในห้องที่ไม่มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงที่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่โดยที่ตนเองไม่สูบบุหรี่นั้นจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าหญิงที่แต่งงานกับชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า ผลการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยเยลล์พบว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่เพียง 1 คนเป็นเวลา 25 ปีจะมีโอกาสเกิดมะเร็งปอดถึง 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ (โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ : ม.ป.ป.)

นอกจากปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพแล้วการสูบบุหรี่ยังมีผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศอีกด้วย และจากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกที่เกิดจากการดำเนินธุรกิจบุหรี่ พบว่าในทุก 1,000 ต้นของยาสูบที่ผลิตออกมาจะทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน และสูญเสียทางเศรษฐกิจเท่ากับ 745 ล้านดอลลาร์ ในขณะที่มีผลกำไรจากการผลิตยาสูบเพียง 65 ล้านดอลลาร์ ต่อการผลิต 1,000 ต้น ซึ่งขณะนี้ทั่วโลกผลิตยาสูบปีละ 7 ล้านสามแสนต้นคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกปีละ 5 ล้านล้านบาท (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ : ม.ป.ป.) จากการสูญเสียเศรษฐกิจเหล่านี้ ทำให้ธนาคารโลกงดการให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด โดยถือเป็นการป้องกันไม่ให้คนติดบุหรี่ นับว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด ในการลดค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการรักษาโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ส่วนผลกระทบที่เกิดกับสถานะแวดล้อมนั้นพบว่าการปลูกยาสูบทำให้ต้องมีการถางป่าอันเป็นผลทำให้พื้นที่ป่าลดลง การใช้สารเคมีในการฆ่าวัชพืชในไร่ยาสูบจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรและระบบนิเวศน์ และผลจากการสูบบุหรี่ที่ขาดความระมัดระวังเป็นสาเหตุให้เกิดไฟไหม้ นำไปสู่การสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และทรัพยากรธรรมชาติ เช่น ในประเทศญี่ปุ่นบุหรี่เป็นสาเหตุของเพลิงไหม้ 141 ครั้งใน 1,000 ครั้ง และการสูบบุหรี่ยังเป็นการเพิ่มก๊าซพิษในบรรยากาศอีกด้วย (สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2535 : 7)

ถึงแม้ว่าจะมีการค้นพบโทษของบุหรี่ต่างๆอย่างมากมาย แต่ในปัจจุบันก็ยังมีผู้นิยมสูบบุหรี่กันอย่างแพร่หลาย และนับวันจะเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า ในแต่ละวันมีเยาวชนทั่วโลกประมาณ 500,000 คน เริ่มเป็นผู้ติดบุหรี่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสอบถามผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จำนวน 500 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ได้เริ่มสูบบุหรี่มาตั้งแต่เป็นนักเรียน เมื่อมีอายุระหว่าง 12 - 20 ปี (พัฒน์ สุจันงค์. 2529 : 37) ดังที่กรมสุขภาพและบริการประชาชนของสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาพบว่าบุหรี่ยังเป็นสิ่งเสพติดที่มีอำนาจการเสพติดรุนแรงเทียบเท่ากับเฮโรอีนและร้อยละ 80 ของผู้เลิกสูบบุหรี่จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกภายใน 1 ปี โดยเฉพาะผู้เริ่มติดบุหรี่ตั้งแต่วัยเด็กหรือเยาวชนจะเลิกยากกว่าในผู้ใหญ่

องค์การอนามัยโลกตระหนักดีว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาของโลกปัจจุบันและเป็นสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ จึงได้มีการกำหนดคำขวัญเพื่อการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โดยกำหนดให้ทุกวันที่ 31 พฤษภาคม เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก และในปี 2540 นี้ องค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นให้ทุกฝ่ายร่วมกันแก้ไขปัญหากับบุหรี่ จึงกำหนดคำขวัญว่า “โลกนี้สดใส ทุกฝ่ายร่วมใจ ด้านกับบุหรี่ (United for a Tobacco Free-World) สำหรับประเทศไทยได้มีการรณรงค์ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปี 2516 เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนได้ทราบถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ และต่อมาในปี พ.ศ.2535 ได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ สิ่งเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่าปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยครั้งล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2539 พบว่า ขณะนี้ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 11.2 ล้านคน (ร้อยละ 23.4) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2536 จำนวน 848,270 คน เป็นชาย 804,350 คน หญิง 43,920 คน เฉลี่ยมีผู้สูบบุหรี่ เพิ่มปีละ 282,756 คน จำแนกตามอายุ และเพศดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ
จำแนกตามเพศและหมวดอายุ พ.ศ.2539

หมวดอายุ(ปี)	ประชากร			ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ			อัตราร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทั่วประเทศ	48,009,260	23,890,340	24,118,920	11,254,270	10,644,350	609,920	23.4	44.6	2.5
11-14	4,528,970	2,301,680	2,227,290	14,060	12,140	1,920	0.3	0.5	0.1
15-19	5,805,060	2,952,680	2,852,380	549,640	541,530	8,110	9.5	18.3	0.3
20-24	5,745,170	2,923,190	2,821,980	1,423,550	1,393,310	30,240	24.8	47.7	1.1
25-29	5,468,360	2,777,980	2,690,380	1,550,120	1,510,210	39,910	28.3	54.4	1.5
30-34	5,053,460	2,540,380	2,513,080	1,480,880	1,421,260	59,620	29.3	55.9	2.4
35-39	4,592,560	2,299,980	2,292,580	1,400,160	1,340,550	59,610	30.5	58.3	2.6
40-49	7,094,350	3,504,280	3,590,070	2,113,710	1,978,120	135,590	29.8	56.4	3.8
50-59	4,795,560	2,318,580	2,476,980	1,448,870	1,342,000	146,870	31.0	57.9	5.9
60 ขึ้นไป	4,925,770	2,271,590	2,654,180	1,233,280	1,105,230	128,050	25.0	48.7	4.8

ที่มา : สำนักงานกฤษฎมนตรี. 2539 : ไม่มีเลขหน้า.

ทั้งนี้จากการสำรวจยังพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายอายุ 15 -19 ปี เพิ่มขึ้นจากปี 2536 คือร้อยละ 16.5 เป็นร้อยละ 18.3 ในปี 2539 คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ที่ติดบุหรี่ใหม่ เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบเท่ากับ 12.2 มวน/คนและจากการคำนวณของ ศ.นพ.ประกิตพบว่ามีคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ปีละ 42,000 คน หรือ วันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน โดยแยกเป็นโรคหัวใจ 15,876 คน มะเร็งปอด 10,878 คน ถุงลมโป่งพอง 6,090 คน เส้นเลือดตีบ 4,326 คน (สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2535)

ริชาร์ด ปีโต นักระบาดวิทยาที่มีชื่อเสียงของโลกได้คำนวณไว้เมื่อปี 2531ว่า หากอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ยังคงเป็นเช่นปัจจุบัน เด็กและเยาวชนไทยซึ่งมีอยู่ 23 ล้านคน ในอนาคตจะเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ถึง 8 ล้านคนและจะตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคอันเนื่องจากการสูบบุหรี่ ไม่น่ากว่า 2 ล้านคน (มูลนิธิหมอชาวบ้าน. 2535 : 18) ซึ่งถือว่าเป็นการทำลายทรัพยากรของชาติอย่างมหาศาล สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่ของเด็กไทยในกลุ่มอายุ 14-19 ปี โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าเด็กในช่วงนี้สูบบุหรี่ร้อยละ 45 เหตุผลที่สูบคือเพื่อปรับตัวเข้ากับสังคม ถูกเพื่อนชักชวน เพื่อคลายเครียด และไม่มีอะไรจะทำ ซึ่งการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนี้นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย (ชวนพิศ บุญยะรัตเวช. 2528. : บทบรรณาธิการ) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีส่วนชักนำให้กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ก้าวสู่ปัญหาการติดยาเสพติดให้โทษก็คือ การสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดขั้นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การใช้สิ่งเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงมากขึ้นตามลำดับโดยพบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดสุรา จะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อน และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ก่อนอายุ 17 ปี มีโอกาสติดสารเสพติดชนิดอื่นมากขึ้น (รวมพร นาคะพงศ์. 2535 : 5)

จะเห็นได้ว่าปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งรีบ และการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้โดยถาวรนั้นบุคคลจะต้องมีความรู้และตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัวอันตรายที่จะเกิดแก่ตนและมีการปฏิบัติหรือมีทักษะในการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 12) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในด้านต่าง ๆ กล่าวคือ การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าตนได้รับควันบุหรี่หรือสูบบุหรี่ รับรู้ว่าโรคนั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีอันตรายรุนแรงถึงชีวิต รวมทั้งรับรู้ว่าการไม่สูบบุหรี่นั้นไม่ใช่เรื่องยาก ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อหาบุหรี่ตลอดจนค่ารักษาโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับความรู้ที่ถูกต้องก็จะเกิดความเข้าใจ และรับรู้ถึงผลดีผลเสียในด้านต่างๆ ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ จังหวัดราชบุรีมีโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา

จำนวน 26 โรงเรียน มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 7,247 คน มีอายุระหว่าง 12 - 13 ปี นับเป็นเยาวชนที่สำคัญของประเทศ เด็กในวัยนี้กำลังเข้าสู่วัยรุ่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรักกลุ่มมากและต้องการให้กลุ่มยอมรับตน (ประสาร ทิพย์ธารา. 2527 : 69) จึงเป็นวัย ที่อาจถูกชักชวนให้ริล่องสูบบุหรี่ได้ง่าย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในสถานศึกษา ให้นักเรียน ได้รับความรู้ ปฏิบัติเจตคติและมีพฤติกรรมต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถาวรต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดราชบุรี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำให้ทราบประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัยในเรื่องเกี่ยวกับบุหรี่ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น
3. นำผลที่ได้จากการศึกษาเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงโปรแกรมสุขศึกษาในสถานศึกษาให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะโรงเรียนในเขตจังหวัดราชบุรี
ประชากร
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2540 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2540 จังหวัดราชบุรี จำนวน 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งออกเป็น

1. กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนบางแพปฐมวิทยา ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนวัดคอนตูม ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย
 - 2.1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
 - 2.2) เจตคติต่อการสูบบุหรี่
 - 2.3) การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึงผลที่ได้จากการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีระบบ โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา
2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่แก่นักเรียนด้วยวิธีบรรยายประกอบวีดิทัศน์ โดยประยุกต์เนื้อหาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การอภิปรายกลุ่มของตัวแบบที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ การสอนทักษะเพื่อการปฏิเสธบุหรี่โดยวิทยาการ แจกเอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่
3. พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

3.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี หมายถึงความสามารถทางสติปัญญาในการจดจำ เข้าใจ เรื่องเกี่ยวกับบุหรี ได้แก่ส่วนประกอบของสารพิษในบุหรี โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี วิธีหลีกเลี่ยง และป้องกันการสูบบุหรี

3.2 เจตคติต่อการสูบบุหรี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อและการ ประเมินความเชื่อของนักเรียนเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี และสามารถบอกระดับความ มากน้อย หรือความแตกต่างได้

3.3 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี หมายถึงการมีทักษะการปฏิเสธและเจรจา ต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น อีกทั้งการไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับบุหรีด้วยการกระทำต่างๆ

4. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 หมายถึงนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2540 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดราชบุรี

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยประวัติของบุหรี่ ส่วนประกอบและสารพิษในบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สาเหตุของการสูบบุหรี่ ภัยรุมกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ วิธีหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะปฏิเสธและการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้จากตัวแบบ การอภิปรายหมู่ ตลอดจนการวิจัยในต่างประเทศ และการวิจัยในประเทศไทยเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ผู้วิจัยขอเสนอเป็น 8 ประเด็นดังนี้

ประวัติของบุหรี่

การสูบบุหรี่นั้นเริ่มต้นตั้งแต่เมื่อไร ไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัด จนกระทั่งปี ค.ศ.1560 นักการทูตชาวฝรั่งเศส คือ จัง นิโคต ได้เดินทางไปอเมริกาและอเมริกาได้พบว่า ชาวอินเดียนแดงนิยมสูบบุหรี่โดยใช้กล่อสูบในพิธีแลกสตัยบรรณสันติภาพ และเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ผิดๆเกี่ยวกับบุหรี่ยามีคุณประโยชน์และมีค่า สำหรับประเทศไทยสันนิษฐานว่านำเข้ามาโดยชาวเปอร์เซีย ในสมัยกรุงศรีอยุธยาได้ระบุนูไว้ในจดหมายเหตุว่าคนไทยชอบดูดโตบักโคชนิดฉุน โดยสูบจากกล่อหรือมวนใหญ่แบบซิการ์ หรือเคี้ยวเส้นยาสูบและเริ่มแพร่หลาย ต่อมาในระยะสงครามโลกครั้งที่ 1 จนกระทั่งมีโรงงานผลิตยาสูบบวมบุหรี่ยสำเร็จรูป โดยพัฒนารูปแบบให้สวยงามน่าสูบบยิ่งขึ้นพร้อมทั้งโฆษณาชวนเชื่อให้ประชาชนหันมานิยมสูบบุหรี่กันมากขึ้น เป็นเหตุให้ประชาชนหลงคว้นพิษและหันมานิยมสูบบุหรี่กันอย่างรวดเร็ว (สุภา มาลากุล. 2526 : 1)

ส่วนประกอบและสารพิษในบุหรี่

บุหรี่เป็นสิ่งที่ผลิตขึ้นจากใบยาสูบที่มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่านิโคติเนียโทแบคคุม *Nicotinia tobaccum* โดยการนำมอหรือบ่ม แล้วหั่นเป็นฝอยเส้นยาว ๆ ห่อหุ้มด้วยกระดาษเป็นมวน การสูบบุหรี่เป็นการสูดควันบุหรี่ย่านเข้าไปในทางเดินหายใจและปอด อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่นั้นเนื่องมาจากส่วนประกอบที่เป็นสารเคมีในควันบุหรี่ย ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของใบยา

กระดาษที่ใช้นวนและสารปรุงแต่งรสชาติบุหรี่โดยที่ส่วนประกอบของบุหรี่ที่มีอันตรายต่อสุขภาพมีดังนี้คือ (อรรถวรรณ หุ่นดี. 2531 : 2)

บุหรี่ยังมีส่วนประกอบแยกได้เป็นตัวบุหรี่และควันบุหรี่ โดยที่ตัวบุหรี่ยังมีส่วนประกอบดังนี้

1. กระดาษที่ใช้นวนบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นพวกเซลลูโลส
2. ใบยาสูบที่ใช้ทำบุหรี่ยี่มีนิโคตินประมาณ 20 มิลลิกรัม ส่วนในใบยาที่ทำยาสูบกลิ้งมีนิโคติน ประมาณ 25 มิลลิกรัม และในซิการ์มีสูงถึง 100 มิลลิกรัม
3. สารประกอบอื่นๆ เช่นน้ำตาล แป้ง ไขมัน ฟีนอล กรดไขมันและแร่ธาตุต่างๆ ที่มีอยู่ในดินที่ใช้เพาะปลูกต้นยา

ในมวนบุหรี่ยี่นั้นขณะที่ยังไม่มีการจุดสูบ บุหรี่ยังมีส่วนประกอบและสารต่างๆหลายชนิด แต่ถ้ามีการจุดสูบจะเกิดการเผาไหม้ และจะเกิดการสลายสารเคมีต่างๆในใบยาสูบที่เป็นอันตรายในรูปของควัน ควันบุหรี่ยี่มีส่วนประกอบที่เป็นอันตราย ซึ่งควันบุหรี่ยี่จะเกิดเมื่อมีการจุดบุหรี่สูบ ซึ่งประกอบด้วยควัน 2 ชนิด คือ

1. ควันสายหลัก (Mainstream Smoke) คือควันบุหรี่ยี่ที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปและในที่สุดจะพ่นควันนี้ออกสู่บรรยากาศรอบๆ ตัวผู้สูบบุหรี่
2. ควันหลงหรือควันสายข้างเคียง (Sidestream Smoke) คือควันบุหรี่ยี่ที่ล่องลอยมาจากปลายมวนบุหรี่ยี่ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ยี่ถืออยู่หรือวางอยู่บนที่เขี่ยบุหรี่ยี่ บางครั้งควันบุหรี่ยี่ชนิดนี้เรียกว่า ควันมือสอง (Secondhand Smoke) การสูบบุหรี่จากสภาพแวดล้อมนี้เข้าไปเรียกว่า การสูบบุหรี่ยี่ทางอ้อมโดยไม่ได้ตั้งใจ (Passive Smoking หรือ Involuntary Smoking) เนื่องจากในควันบุหรี่ยี่มีสารพิษ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ และบางชนิดทำให้เกิดมะเร็ง ในบุหรี่ยี่ที่มีสารที่ก่อมะเร็งจำนวน 43 ชนิด โดยเฉพาะไนโตรซามีน(Nitrosamine)ที่พบปริมาณเข้มข้นมากจากการสูบบุหรี่ยี่ สารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญได้แก่ (สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์. 2531 : 46 - 5)

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสีและเป็นสารเสพติดมีผลร้ายแรงที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์ได้ทั้งเป็นตัวกระตุ้น กด และกล่อมประสาทส่วนกลาง ถ้าฉีดสารนี้ 1 หยดขนาด 70 มิลลิกรัมเข้าไปในคนปกติจะตายเพียงไม่กี่นาที และร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายบางส่วนจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อริมฝีปาก และ บางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว หากสูบบุหรี่ไปนานๆ อาจก่อให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต

2. ทาร์ เป็นสารคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะกันเป็นสีน้ำตาล เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ฯลฯ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะรับน้ำมันทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีสารทาร์อยู่ระหว่าง 25 - 34 มิลลิกรัมต่อมวน ปริมาณทาร์มาตรฐานสากลกำหนดให้มี 15 มิลลิกรัมต่อมวน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นเป็นสารประกอบร้อยละ 1 - 5 ของควันบุหรี่ เกิดจากการเผาไหม้ของไบยาเกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึมเข้าไปในกระแสเลือดผสมกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) กลายเป็นภาวะคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxy-Haemoglobin) ซึ่งไปขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงทำให้ไม่สามารถนำก๊าซออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เป็นเหตุให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 หัวใจจึงต้องเต้นเร็วและทำงานมากขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้พอ ทำให้มีอาการมึนงง เหนื่อยง่าย การตัดสินใจช้าซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ คลื่นไส้ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) เป็นก๊าซระเหยพิษของก๊าซนี้จะทำลายเยื่อบุผิวหลอดลมส่วนต้น ซึ่งมีหน้าที่ป้องกันสิ่งแปลกปลอม เช่น ฝุ่นละออง เชื้อโรคที่เข้าไปในหลอดลมและปอดโดยการจับเมือกเหนียวๆออกมาคลุมปิดเอาไว้ และใช้ขนพัดโบกเอาเมือกที่สกปรกเหล่านั้นออกกลายเป็นเสมหะเป็นผลให้เกิดมีอาการไอจาม มีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรังเป็นประจำ

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) เป็นสารพิษที่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ส่วนที่พองออกมากคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อเยื่อของส่วนที่ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อยออกกำลังกายไม่ได้

6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูก หากได้รับบ่อยจะทำให้หลอดลมอักเสบ มีอาการไอและเสมหะมาก

7. สารกัมมันตภาพรังสีในควันบุหรี่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งโดยร้อยละ 50 ของการเกิดโรคมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่ มีสาเหตุมาจากสารกัมมันตภาพรังสีนี้ และผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 40 มวนต่อวัน จะพบว่ามีการดูดกลืนไปปัสสาวะมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า ควันบุหรี่เป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับสารพิษนี้ด้วย

8. แร่ธาตุต่างๆ เช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในไบยาสูบหลังจากการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนิเกิลทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นจะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ดังนั้นในการจุดบุหรี่แต่ละมวนนั้นจะก่อให้เกิดควันพิษหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านต่างๆ โดยจะถูกสะสมในร่างกายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือวิธีสูบ เป็นต้น

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ดังได้กล่าวมาแล้วถึงสารต่างๆที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ และฤทธิ์ของสารต่างๆ นั้นมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบเองและคนข้างเคียง นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้ร่างกายอ่อนแอลงความต้านทานโรคต่ำ และทำให้เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของร่างกายเป็นเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้ (ธีระ ลิ้มศิลา. 2523 : 33)

1. โรคมะเร็ง พบมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 9 เท่า หากสูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี ทั้งนี้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งขึ้นกับชนิด จำนวน บุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะการสูบ และระยะเวลาที่สูบ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะส่วนอื่นด้วย

2. โรคของระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อยได้แก่โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 70 เนื่องจากได้รับสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดการอักเสบ หนืดเยื่อ อันตรายของโรคระบบทางเดินหายใจพบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ หากยังสูบนานมากขึ้นก็ยิ่งทำให้พบโรค อาการของโรคมักขึ้นและไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด สารเคมีและนิโคตินจากบุหรี่ จะทำให้ไขมันจับตามผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น นอกจากนี้นิโคตินยังทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง แขน ขา และอวัยวะอื่นๆ ได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวขาดออกซิเจนและถูกทำลายลงได้ อีกทั้งเลือดแข็งตัวเร็วผิดปกติกลายเป็นก้อนเลือดเล็กๆ เคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือด บริเวณนั้นก็จะขาดเลือดไปเลี้ยง และเน่าตายในที่สุดและอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหัวใจวายอย่างกะทันหัน หรือเกิดอัมพาตได้

4. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น แต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ทำการย่อยอาหารผิดปกติ เกิดอาการท้องผูกอาหารไม่ย่อย และปวดท้อง ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งของลำไส้ใหญ่มีมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 - 4 เท่า

5. โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ การที่มีคอเลสเตอรอลจับตัวตามผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการกรองปัสสาวะน้อยลงจึงเกิดการอักเสบของไต นอกจากนี้ สารพวกน้ำมันดินจากบุหรี่ เมื่อรวมตัวกับเม็ดเลือดขาวมาที่ไตจนถึงกระเพาะปัสสาวะ อาจก่อให้เกิดมะเร็งของไต และกระเพาะปัสสาวะได้

6. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ เพศหญิงที่สูบบุหรี่จะต้องใช้เวลานานขึ้นในการที่จะเริ่มตั้งครรภ์ และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 ปี ในผู้ชายพบว่าจะมีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สรีรภาพทางเพศลดลง จะเห็นได้ว่าโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ทำให้เกิดความทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาและความสูญเสียทั้งตนเองและผู้อื่น โดยจะเห็นได้จากผลกระทบของควันบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียงซึ่งมีดังนี้

1. ในบุคคลทั่วไป การที่ได้รับควันสายข้างเคียงจะก่อให้เกิดความไม่สบายในชั้นเล็กน้อย จนถึงขั้นรุนแรง

2. ผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่จากสามีเป็นประจำ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าหญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า

3. เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในเด็กอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 2 ขวบแรกหากพ่อแม่สูบบุหรี่วันละ 10 มวน จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบสูงเป็น 2 เท่าของเด็กที่พ่อแม่ไม่ได้สูบบุหรี่และหายใจเสียงดัง ร้อยละ 60

4. หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ในระหว่างตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงมีครรภ์ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ จะเกิดความผิดปกติต่อร่างกายคือมีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ เช่น จะมีความเสี่ยงสูงเป็น 2 เท่าในการคลอดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ มีอาการครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง เลือดออกมาก คลอดลำบาก มีแนวโน้มที่จะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 50 ทารกมีโอกาสตายเพิ่มขึ้น 1.6 เท่าตั้งแต่อยู่ในครรภ์ มีการผลิตน้ำนมได้น้อยกว่าปกติ

5. ทารกในครรภ์โดยพบว่าทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าทารกปกติประมาณ 170 - 200 กรัม ความยาวเส้นรอบศีรษะและช่วงไหล่อาจสั้นกว่าทารกปกติ อาจเป็นโรคหัวใจมาตั้งแต่กำเนิด และมีความสามารถในการอ่านหรือคำนวณช้ากว่าเด็กปกติประมาณ 3-5 เดือน การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้สูบเองและบุคคลใกล้เคียงแล้ว ยังก่อให้เกิดผลเสียด้านเศรษฐกิจสังคมและจิตใจ (พัฒน์ สุจันงค์. 2529 : 53) ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1.1 เสียเศรษฐกิจของครอบครัวในการสูบบุหรี่และใช้รับแขกหรือเมื่อมีการเจ็บป่วยเนื่องจากบุหรี่เป็นสาเหตุ

1.2 เสียเวลาในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ติดบุหรี่จะต้องหาเวลาสูบบุหรี่และต้องใช้เวลามาสูบบ้างนอก ถ้ามีการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน

1.3 เสียเศรษฐกิจของประเทศ ในการที่ต้องสั่งไปยาสูบ และสารที่ใช้ผลิตบุหรี่จากต่างประเทศ รวมทั้งการนำเข้าบุหรี่จากสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน

2. ปัญหาด้านสังคม

2.1 เสียบุคลิกภาพ ผู้ที่สูบบุหรือนานๆจะมีริมฝีปากเขียวคล้ำ มีคราบนิโคตินสีเหลืองติดตามฟัน และนิ้วมือ มีกลิ่นปากและมีสภาพร่างกายที่แก่เกินวัย

2.2 ทำให้บ้านเมืองสกปรก ผู้สูบบุหรี่บางคนมีนิสัยมั่งง่ายเช่นทิ้งก้นบุหรี่ในที่ต่างๆ ทำให้เกิดความสกปรกและอาจเกิดเพลิงไหม้ได้

2.3 เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีต่อผู้พบเห็น

2.4 เป็นสาเหตุให้นำไปสู่การติดยาเสพติดที่ร้ายแรงอื่น ๆ เช่น ฟีน มอร์ฟิน และเฮโรอีน เป็นต้น

3. ปัญหาด้านการฟื้นฟูจิตใจ

3.1 การที่สังคมยังยอมรับการสูบบุหรี่ จะทำให้ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ปฏิบัติได้ยาก

3.2 ผู้สูบบุหรี่ยังขาดแรงจูงใจ และผู้สนับสนุนดูแลในการเลิกสูบบุหรี่

3.3 การสูบบุหรี่เป็นเจตคติที่ผู้สูบบุหรี่เองถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลพึงมี

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหา แต่ถ้าหากมีการงดสูบบุหรี่ก็จะก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวผู้งดสูบบุหรี่ และส่วนรวมหลายประการ (อจนา เชาว์ประยูร. 2530 : 179 -180) ซึ่งจำแนกออกได้ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ ผลดีของการงดสูบบุหรี่จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบเองและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอันเกิดจากการได้สูบบุหรี่ทำให้ลดโอกาสที่จะตายจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรังและลดสาเหตุร้ายกาจอันเนื่องมาจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร เบาหวาน ความดันเลือดสูง การงดสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคและการดูแลรักษาโรคริดดีขึ้น

2. ด้านเศรษฐกิจ จะเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจของตนเอง อีกทั้งยังช่วยประหยัดเศรษฐกิจของประเทศในการที่จะนำมาใช้ในเรื่องความเจ็บป่วยความพิการและความตายที่มีสาเหตุจากการ

สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังเพิ่มปริมาณและคุณภาพ เนื่องจากเวลาสูญเปล่า หรือทำงานไม่เต็มที่ในขณะที่สูบบุหรี่หรือป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่

3. ด้านสังคม การงดสูบบุหรี่จะทำให้สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะทราบถึงอันตรายของบุหรี่ เริ่มรณรงค์การสูบบุหรี่ทำให้ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้ ทั้งยังเป็นการเคารพสิทธิของผู้อื่น ในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์เป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนในการที่จะเข้าสังคมโดยไม่ต้องสูบบุหรี่

สาเหตุของการสูบบุหรี่

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2522 : 9 - 19) ได้กล่าวไว้ในการวิเคราะห์สาเหตุของการสูบบุหรี่ในทางพฤติกรรมศาสตร์ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่นำไปสู่สาเหตุของการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นเพียงปัจจัยเดียว หรือหลาย ๆ ปัจจัยที่เกิดขึ้นในบุคคลก็ได้แล้วส่งผลให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่ มีสาเหตุ ดังนี้

1. การเอาแบบอย่างตามกลุ่มบุคคล มักจะมีกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) เสมอในแง่ความคิดความรู้สึกและการกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการยอมรับจากกลุ่ม ดังนั้น เมื่อกลุ่มอ้างอิงสูบบุหรี่บุคคลในกลุ่มนั้นย่อมจะสูบบุหรี่ตามไปด้วย

2. การอยากลองทำตามบุคคล โดยเฉพาะวัยรุ่นมีความกระตือรือร้นอยากรู้ อยากลองอยากมีประสบการณ์ต่างๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งที่เขาต้องการสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ต่อ ๆ ไป

3. การเอาตามอย่างบุคคลอื่น ในทุกสังคมจะมีบุคคลทุกประเภทสูบบุหรี่ ตั้งแต่สมาชิกในครอบครัว ครู พระภิกษุ ดารา นักร้อง และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งเป็นแบบอย่างให้บุคคลเกิดการเลียนแบบโดยการสูบบุหรี่ตามบุคคลเหล่านั้น

4. กิจกรรมสังคม เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่างๆ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ ทำให้บุหรี่มีไว้สำหรับต้อนรับแขกในงานสังคมต่าง ๆ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมนั้น ๆ เกิดความรู้สึกว่าจะต้องดื่มและสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม

5. ธรรมเนียม สังคมไทยบางแห่งจะใช้บุหรี่เป็นสิ่งต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมหรือนำไปเป็นของฝากแก่ผู้เคารพนับถือเพื่อเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรี ต่อกันทำให้ต้องมีการสูบบุหรี่เพื่อผูกมิตรหรือรักษาน้ำใจของผู้นำมอบให้

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิตะเยียน วัยรุ่นหรือผู้ชายมักมีค่านิยมในการแสดงความเป็นชายหรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ให้สังคมได้รู้จักโดยการสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่ไม่เป็นก็จะถูกต่อว่าหรือตำหนิตะเยียน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกต่อว่าหรือตำหนิตะเยียนก็ต้องสูบบุหรี่ให้เป็น

7. กลไกการปรับตัว บุคคลจำนวนมากใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกเมื่อเกิดความตึงเครียด เมื่อเกิดความรู้สึก มีปัญหา เกิดความวุ่นวายใจ ไม่มีทางออกในทางอื่นก็หันไปลองสูบบุหรี่ โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะบรรเทาอาการเหล่านั้นได้

8. การมีบุหรี่จำหน่ายโดยทั่วไป และการโฆษณาทางสื่อมวลชนต่างๆ เนื่องจากมีความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ ซึ่งมีจำหน่ายอยู่ทั่วไป มีส่วนส่งเสริมให้บุคคลสูบบุหรี่ ส่วนการโฆษณาบุหรี่ทางสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ กันได้มีมานานแล้ว ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทดลองสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควบคุมการโฆษณาบุหรี่ในรูปแบบต่าง ๆ กันจะมีผลทำให้การโฆษณาบุหรี่ทางสื่อมวลชนลดลงและไม่มีการโฆษณาไปในที่สุด

ธีระ ล้มศิลา (2526 : 26 - 28) ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ โดยได้ชักถามถึงสาเหตุที่สูบบุหรี่ จากผู้ป่วยที่มารับบริการรักษามากกว่า 1,000 คน ที่เป็นมะเร็งปอด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยระหว่าง เป็นเด็ก หรือนักเรียนและตั้งแต่อายุ 10 ปี ถึง 20 ปีแล้ว ถ้ายังไม่เคยสูบบุหรี่ก็มักไม่สนใจที่จะเริ่มสูบ ผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าในเด็กโต วัยรุ่น และนักศึกษา สาเหตุของการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เนื่องจาก

1. อิทธิพลของการโฆษณา ภาพยนตร์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือนวนิยาย
2. ค่านิยมในวัยรุ่น เพื่อความเป็นชาย โดยเฉพาะในนักเรียนทหารมีความเชื่อสืบกันมาว่า ทหารจะต้องดื่มสุราเพื่อให้มีความกล้า จะต้องสูบบุหรี่เพื่อให้มีความสุขจึงจะสมเป็นชายชาติวีร
3. เพื่อสนองปลดปล่อย โดยเฉพาะเมื่อดูหนังสือใกล้สอบ มักนิยมสูบบุหรี่เพื่อไม่ให้ง่วงก่อนเข้าห้องสอบ หรือระหว่างการสอบอย่างไรก็ตามสาเหตุของการสูบบุหรี่ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุรวมกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ ประสบการณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคล บุคคลนั้นก็จะเลียนแบบ หรือเรียนรู้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แตกต่างกันออกไป ซึ่งควรจะนำมาพิจารณาในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้บุคคลงดสูบบุหรี่ได้ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลแต่ละวัยมีรายละเอียดแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลสูบบุหรี่ หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ถึงความแตกต่างของพฤติกรรมบุคคลแต่ละวัยประกอบการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้บุคคลไม่สูบบุหรี่เป็นการสร้างสรรค์ให้สังคมปลอดบุหรี่

วัยรุ่นกับการสูบบุหรี่

วัยรุ่นเป็นบุคคลที่มีวัยระหว่างเริ่มเป็นหนุ่มสาว (Puberty) และกำลังจะเริ่มเป็นผู้ใหญ่ (Young Adulthood) เป็นช่วงที่มีอายุระหว่าง 10 - 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่จะเปลี่ยนจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ

สังคม เมื่อร่างกายเปลี่ยนไปพฤติกรรมก็เปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาพฤติกรรมใหม่ ๆ การแสดงพฤติกรรมก็จะเป็นไปอย่างรวดเร็ว รุนแรง พฤติกรรมด้านความคิดริเริ่ม คิดในสิ่งต่างๆ ทางเหตุผลของความถูกต้อง ต้องการทราบว่าอะไรถูก อะไรผิด อะไรควร อะไรไม่ควร เริ่มมีข้อขัดแย้งกับกฎเกณฑ์ของสังคมในบางประการที่มองเห็นว่าไม่เหมาะสม พยายามจะสร้างค่านิยมใหม่ในเรื่องต่างๆ ส่วนบทบาทของบิดาหรือครูอาจารย์ที่มีต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นจะลดน้อยลงไปมาก ปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้ใหญ่กับวัยรุ่นจะมีมากขึ้นเพราะทั้งสองฝ่ายเข้าใจพฤติกรรมต่างกันวัยรุ่นจะทำได้เหมือนกับผู้ใหญ่ และให้สังคมรับรู้ว่าคุณโตแล้ว แต่เนื่องจากขาดประสบการณ์การเรียนรู้ อีกมากจึงทำให้เกิดความคับข้องใจหรืออาจเห็นตัวอย่างที่ไม่ถูกต้องหรือมีเจตคติต่อความเป็นผู้ใหญ่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมตามที่ตนเองคิดว่าควรจะเป็น (สุชา จันทร์อม. 2533 : 50) เช่นการลองสูบบุหรี่โดยเข้าใจว่าการสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ตนดูโก้เก๋ รวมทั้งเชื่อว่าบุหรี่ช่วยให้สมองปลอดโปร่งจิตใจสบาย วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น มีอารมณ์ไม่แน่นอน อยากให้เพื่อนยอมรับโดยพยายามทำตนให้เข้ากลุ่ม กลุ่มในวัยเดียวกันจะมีอิทธิพลต่อความคิดความรู้สึกและการกระทำเป็นอย่างมาก การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากหลายสาเหตุด้วยกันอีก ทั้งวัยรุ่นเองมีค่านิยมทางสุขภาพ เช่นคิดว่าลูกผู้ชายต้องสูบบุหรี่ นับว่าเป็นค่านิยมที่ควรได้รับการปรับปรุง แก้ไข เปลี่ยนแปลง เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีโทษต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่ครอบครัวควรมีบทบาทในการเลี้ยงดูและอบรมสมาชิกให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์แล้ววัยรุ่นที่กำลังค้นหาเหตุผล ต้องการอยากรู้ อยากเห็นต้องการลองทำสิ่งต่างๆ ที่พัฒนาค่านิยมรวมทั้งค่านิยมทางสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพควรได้รับการเน้นในขณะนี้ รวมทั้งแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้วย

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่ปลูกฝังอยู่ในวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่างๆ ทั่วโลกเป็นเวลานาน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ และปรับแต่งชนิดใหม่ๆ ออกมาตลอดเวลา เพื่อสนองความต้องการของผู้สูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นการติดสิ่งเสพติดอย่างหนึ่ง การเลิกสูบบุหรี่จึงยากทั้งๆ ที่มีผลการศึกษาถึงโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ มีการทดลองใช้โครงการศึกษารูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่มานานหลายปี แต่ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่อีกเป็นจำนวนมากที่ยังสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงแม้จะได้พยายามแล้ว และทั้งที่ไม่เคยพยายามที่จะเลิกก็ตาม ชินเดอร์ (อรัญญ์ ลิ้มตระกูล. 2534 : 20 ; อ้างอิงมาจาก

Synder. 1989 : 43-45) ได้อธิบายพัฒนาการที่นำมาสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลเชิงจิตวิทยา สังคม มี 5 ขั้นตอนดังนี้

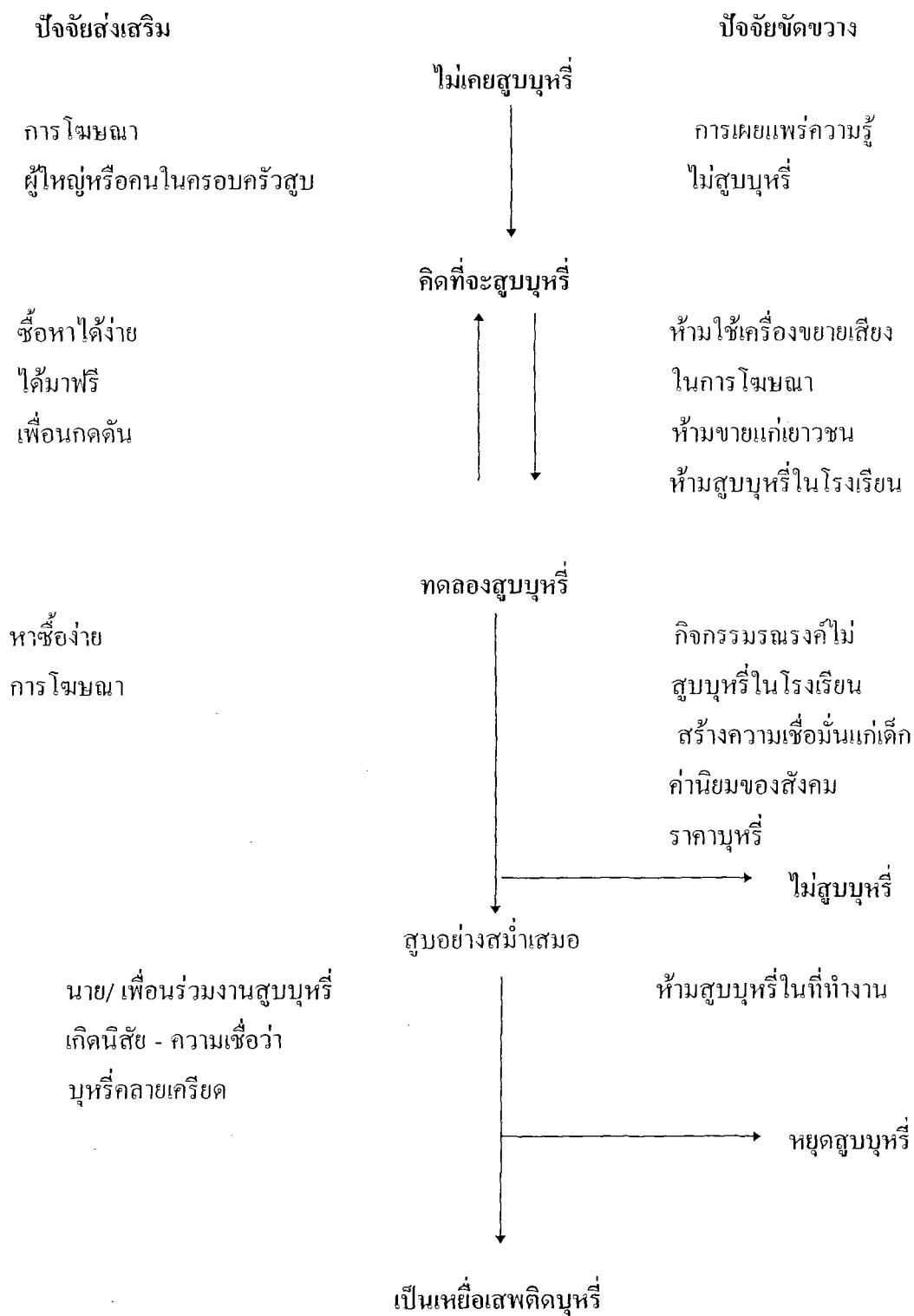
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาก่อนการสูบบุหรี่ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ การดูตัวแบบ (Modelling) จากบุคคลรอบข้าง การดูแบบอย่างเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามตัวแบบที่เห็น บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่มีบทบาทในสังคม เช่น พ่อ แม่ ครู ดารา และผู้นำสังคม ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่นำไปสู่การทดลองสูบบุหรี่ เช่น ความกดดันและแรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อได้ง่าย ความอยากรู้ อยากทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 นิสัยการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความต้องการนิโคตินของร่างกาย ความต้องการทางด้านอารมณ์ สิ่งแวดล้อม และแรงเสริมจากเพื่อน

ขั้นตอนที่ 4 การหยุดสูบบุหรี่ มีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ชี้แนะให้พยายามหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งการบังคับจิตใจของตนเองให้เลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 5 การสูบบุหรี่ต่อไปเป็นปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกายที่ทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปหลังจากที่มีพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ในขั้นตอนที่ 4 หรืออาจจะข้ามขั้นตอนที่ 4 เลยก็ได้ ได้แก่ การถอนฤทธิ์ยาจากนิโคติน ความเครียด ความกดดันทางสังคม และการควบคุมบังคับตนเองไม่ได้ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-5 ใช้เวลารวมประมาณ 2-3 ปี คนจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างถาวร ดังนั้น เพื่อเป็นการขจัดปัจจัยส่งเสริม ที่จะนำไปสู่พัฒนาการในการสูบบุหรี่ดังกล่าว ประกิจ วาทีสารกกิจ (2535 : 4) ได้เสนอปัจจัยขัดขวางเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการหยุดสูบบุหรี่ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มเสพติดบุหรี่

ที่มา : ประกิจ วาฬิสารภกิจ. 2535 : 2

จากแนวความคิดเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าเราสามารถป้องกันปราบปราม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนในขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนการเริ่มสูบบุหรี่ได้จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีส่วนสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัยของตน จึงได้มีความพยายามที่จะใช้มาตรการต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น มาตรการทางสุศึกษา มาตรการทางกฎหมาย เป็นต้น

วิธีหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่

เนื่องจากการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ ดังนั้นจึงมีผู้ค้นหาวิธีหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ คาร์นิ เกตุอุไร (2533 : 158) ได้เสนอแนะวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ดังนี้

1. ศึกษาถึงโทษของการสูบบุหรี่ในด้านต่าง ๆ เช่น การทำลายสุขภาพ บุคลิกภาพ และใช้จ่ายเงินโดยไม่จำเป็น เพื่อตนเอง และสมาชิกในครอบครัวได้ทราบถึงผลเสียที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ และมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
2. ไม่ก่อกวนหรือทดลองสูบ รวมทั้งรู้จักปฏิเสธการชักชวนของผู้อื่น
3. เมื่อมีความเครียด จิตใจวิตกกังวล ไม่ควรสูบบุหรี่คลายอารมณ์ แต่ควรหาโอกาสพักผ่อนหรือออกกำลังกายแทน
4. ไม่เชื่อคำโฆษณาชักชวนทางการค้าของผู้ขายบุหรี่
5. ไม่ซื้อหรือรับแจกบุหรี่มาเก็บไว้ แม้ว่าตั้งใจจะไม่สูบก็ตามเพราะ ถ้ามีไว้ แล้วอาจทำให้ใจไขว่เขวและทดลองสูบได้

การป้องกันการสูบบุหรี่ คือการให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพของเยาวชนและประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่ ซึ่งมีอันตรายเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงให้ตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่โดยไม่ริเริ่มการสูบบุหรี่ ลด และเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับพิษภัยจากควันบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ยังมีจุดประสงค์ที่จะส่งเสริมสร้างสภาวะแวดล้อม ให้มีอากาศบริสุทธิ์ปราศจากควันพิษของบุหรี่ โดยการป้องกันด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. การเผยแพร่ข่าวสารแก่ประชาชนในกลุ่มต่างๆ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยทางสื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ เป็นต้น หรือจากบุคคลต่อบุคคล
2. การให้การศึกษ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายของบุหรี่ ตั้งแต่เริ่มศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนโดยวิธีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไว้ในหลักสูตรการศึกษาระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

3. การจัดกิจกรรมทางเลือก สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้คนใช้บุหรี่เพื่อแก้ปัญหา เพราะบุคคลไม่มีทางเลือก ดังนั้นจึงควรจัดหาทางเลือกที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อม ที่ช่วยให้บุคคลได้รอดพ้นจากปัญหาการสูบบุหรี่ได้ ทางเลือกดังกล่าวได้แก่การบริการให้คำปรึกษา การออกกำลังกาย และสันทนาการ เป็นต้น หรือมีมาตรการที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประหยัดที่สุด คือกีฬาและการออกกำลังกาย เพราะช่วยให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเคร่งเครียดทางจิต และยังช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้กีฬายังช่วยให้เกิดมิตรภาพที่ดี มีเพื่อนพูดคุย ให้คำปรึกษาได้ทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจตนเอง และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

เนื่องจากเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า ควันบุหรืก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้อยู่ใกล้ชิดจึงทำให้เกิดมาตรการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ทั้งนี้เพื่อช่วยให้นุญช้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขโดยไม่รบกวนสิทธิซึ่งกันและกัน ซึ่งสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มีดังนี้ (โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2531 : 1-5)

1. สิทธิที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปราศจากควันบุหรื โดยที่สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ย่อมมาก่อนสิทธิของผู้ที่สูบบุหรี่เสมอ แม้ว่าในขณะนั้นจะมีผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ก็ตาม

2. สิทธิทางกฎหมาย ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิฟ้องร้องผู้สูบบุหรี่ หากได้รับผลจากการสูบบุหรี่ของผู้อื่นตามกฎหมาย

3. สิทธิในการร้องขอ ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิที่จะแสดงออกต่อผู้สูบบุหรี่อย่างสุภาพถึงความไม่พึงพอใจ และความเดือดร้อนที่ได้รับควันบุหรื และมีสิทธิที่จะคัดค้าน เมื่อมีการสูบบุหรี่ โดยไม่ได้รับอนุญาต

4. สิทธิในการแสดงออก ที่จะกระทำการใด ๆ ทั้งโดยส่วนตัวหรือในรูปของกลุ่มคน อันจะก่อให้เกิดมาตรการทางสังคม หรือกฎหมายเพื่อที่จะปกป้องผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้พ้นจากควันพิษที่เกิดจากบุหรื จากความสำคัญของสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่และเพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นเหตุให้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เมื่อ 7 เมษายน 2535 โดยมีการกำหนดเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรืในสถานที่สาธารณะ และจัดให้มีเครื่องหมายแสดงเขตสูบบุหรี่ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรืจำแนกได้ 4 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรืทั้งหมดในขณะทำการให้หรือให้บริการ ได้แก่ รถยนต์โดยสารประจำทางทั่วไป รถยนต์โดยสารปรับอากาศ รถยนต์โดยสาร

รับจ้างทั่วไป รถยนต์โดยสารรับจ้างปรับอากาศ ตู้โดยสารปรับอากาศของการรถไฟแห่งประเทศไทย เฉพาะบริเวณที่ปรับอากาศ เรือโดยสารทั่วไปและเรือโดยสารประจำทาง เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ ลิฟท์โดยสาร รถรับส่งนักเรียน ห้องชมมหรสพ

ประเภทที่ 2 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่ในขณะที่ทำการให้ หรือใช้ บริการ ยกเว้นบริเวณห้องพักส่วนตัวหรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะ นั้น ได้แก่ โรงเรียนหรือสถานที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถานและหอศิลป์ ห้องสมุด สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน เรือโดยสารปรับอากาศ เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

ประเภทที่ 3 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่ในขณะที่ทำการให้ หรือใช้ บริการ ได้แก่ สถานพยาบาล อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ศูนย์การค้า และห้างสรรพสินค้า เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ อาคารแสดงสินค้าหรือ นิทรรศการเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ สนามกีฬาในร่ม สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ เฉพาะบริเวณที่ประชาชนเข้าไปใช้บริการเป็นปกติธุระ ธนาคารและสถาบันการเงินเฉพาะบริเวณที่ ประชาชนไปใช้บริการเป็นปกติธุระ โรงมหรสพเฉพาะบริเวณที่จัดให้คอยเข้าชมที่มีระบบปรับ อากาศ ที่พักผู้โดยสารประจำทางเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ทั้งนี้ เว้นเฉพาะบริเวณห้อง พักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะ หรือบริเวณที่จัดไว้ให้ เป็นเขตสูบบุหรี่

ประเภทที่ 4 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ในขณะที่ทำการให้ หรือใช้ บริการ ได้แก่ ตู้รถโดยสารทั่วไปของการรถไฟแห่งประเทศไทย สถานที่จำหน่ายอาหาร และสถานที่ จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ทั้งนี้ เว้นแต่บริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่ ซึ่งพื้นที่เขต สูบบุหรี่จะต้องไม่เกินร้อยละ 50 ของสถานที่สาธารณะนั้น

จะเห็นได้ว่าประเทศไทย ยังไม่มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะทำให้มีการ โฆษณา และส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้วยวิธีต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ทำให้เป็นอุปสรรค อย่างมากต่อการป้องกันโรคภัยอันเกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการดูแลสุขภาพของ ประชาชน ดังนั้น วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2535 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีรายละเอียดและความสำคัญ ดังนี้

การห้ามโฆษณาบุหรี่ เป็นหัวใจสำคัญของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนไทยติดบุหรี่จากการโฆษณา ทั้งนี้ เป็นการพิทักษ์สิทธิ์และสุขภาพ ของผู้ไม่สูบบุหรี่ทางอ้อม การห้ามโฆษณานี้มีหลายแบบด้วยกัน จากการสำรวจทั่วโลกเมื่อ ปี.ศ. 2529 (หทัย จิตานนท์ 2534 : 1) พบว่ามีประเทศต่างๆ ห้ามการโฆษณาด้วยกัน 3 แบบคือ

1. การห้ามทั้งหมดคือการห้ามโฆษณาในหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ โรงภาพยนตร์ และโรงละคร รวมทั้งห้ามเป็นผู้อุปถัมภ์การประชุมสาธารณะ รายการบันเทิง รายการทางวัฒนธรรม รายการกีฬา และรายการกุศลต่าง ๆ

2. การห้ามบางส่วนอย่างเข้มแข็ง คือ การจำกัดข้อความของการโฆษณาลง เหลือให้มีเพียงแต่ชื่อและที่อยู่ของผู้ผลิต ผู้นำเข้าชื่อผลิตภัณฑ์ ยี่ห้อ และสัญลักษณ์ ระดับสารทาร์ และนิโคติน ข้อมูลเกี่ยวกับราคาและคุณภาพ ขนาดเนื้อที่โฆษณาในหน้าหนังสือพิมพ์ และนิตยสารมีข้อจำกัด การโฆษณาทุกชิ้นต้องมีคำเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพด้วย

3. การห้ามบางส่วนอย่างปานกลาง คือ การโฆษณาต้องมีคำเตือนเรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพและแจ้งระดับของสารทาร์และนิโคติน

ตัวอย่าง คำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต มีดังนี้

- 2.1 คำเตือน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด
- 2.2 คำเตือน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจ
- 2.3 คำเตือน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง
- 2.4 คำเตือน การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน
- 2.5 คำเตือน การสูบบุหรี่เป็นการตายผ่อนส่ง
- 2.6 คำเตือน การสูบบุหรี่เป็นการติดสิ่งเสพติด
- 2.7 คำเตือน ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้ใกล้ชิด
- 2.8 คำเตือน ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อหญิงมีครรภ์
- 2.9 คำเตือน การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคร้าย
- 2.10 คำเตือน การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการโฆษณาทุกรูปแบบทั้งทางตรงและ ทางอ้อม โดยจัดเข้าประเภทแบบการโฆษณาทั้งหมดหากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท อย่างไรก็ตามถึงจะมีกฎหมายควบคุมการโฆษณา การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประชาชนก็ได้ละเลยการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือฝ่าฝืนกระทำความผิดกฎหมายบ้าง อีกทั้งกฎหมายยังมีช่องว่างให้เยาวชนได้กระทำความผิดโดยไม่มีความผิด เช่น กฎหมายมาตรา 4 ที่กำหนดโทษต่อเฉพาะผู้ขายที่จำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งรู้หรือผู้ซื้อหรือผู้ขาย เป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ที่ฝ่าฝืนให้มิโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินสองพันบาท แต่ไม่ได้เอาโทษแก่เด็กและเยาวชนที่เป็นผู้ซื้อ แต่ก็ยังเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูบ และบุคคลใกล้ชิดจากการที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าเป็นมาตรการหนึ่งที่จะช่วยผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้สูบ และการออกกฎหมายในการห้ามโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบ ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ทำให้เกิดผลดี (ขนิษฐา ธรรมนิยม. 2537 : 14) พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นการแสดงเจตนารมณ์ของรัฐบาล ในการที่ไม่สนับสนุนการสูบบุหรี่ของประชาชน
 2. เยาวชนจะได้รับทราบจุดยืนอันดีงามของสังคม
 3. จะไม่มีอิทธิพลของการโฆษณาต่อการให้สุศึกษาแก่ผู้เยาว์
 4. ความกดดันจากรุ่นพี่ที่จะให้เด็กเริ่มสูบบุหรี่ จะไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาพและรูปแบบของการโฆษณา ความกดดันจากรุ่นพี่เป็นอิทธิพลสำคัญที่สุด ในการทำให้เด็กเริ่มสูบบุหรี่ เด็กได้เห็นได้รับรู้การ โฆษณาบุหรี่มาก่อนก็จะเก็บรวบรวมภาพลักษณ์ของบุหรี่ไว้แล้วในจิตสำนึก หรือกดดันจากรุ่นพี่ก็จะเข้ามาเป็นนักสูบได้ง่าย
 5. อัตราการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นจะลดลง
 6. การบริโภคยาสูบจะลดลงอย่างถาวร
 7. สถานะทางสุขภาพของประชาชนจะดีขึ้นมาก โดยทั่วไปทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- จะเห็นได้ว่า มาตรการแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่นอกจากจะใช้วิธีการให้การศึกษาแล้ว ยังมีมาตรการแก้ไขโดยใช้มาตรการด้านกฎหมายแก้ไขอีกทางหนึ่ง ซึ่งต้องติดตามผลในเวลาข้างหน้าเพื่อดูประสิทธิผลต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ไว้หลายท่าน ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532 : 11) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพบุคคลนั้น ๆ หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี รวมถึงการกระทำ หรือการงดเว้น การกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 155) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ทำไม่ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ สามารถชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมบาง

อย่างเป็นสิ่งเกิดภายในบุคคล สังเกตโดยตรงไม่ได้แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่การกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วยได้แก่ การกระทำของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมาในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม
6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่การกระทำ หรือปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการได้รับความรู้โดยการฟัง อ่าน เขียน และทำความเข้าใจกับความรู้นั้นและนำมาพร้อมกับความรู้เก่าและสร้างเป็นแบบแผนสำหรับการปฏิบัติ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้จึงเป็นการส่งเสริม การสร้างพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติอย่างถูกต้องนอกจากนี้เจตคติซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ยังมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมกล่าวคือเจตคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล และขณะเดียวกันพฤติกรรมของบุคคลจะมีผลต่อเจตคติของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจึงมีผลมาจากการเกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2533 : 67) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่ค่อนข้างถาวร และเป็นผลจากประสบการณ์ หรือความรู้ที่ได้รับการกระตุ้นให้บุคคลค้นหา พิจารณา และไตร่ตรอง เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามความรู้ใหม่ โดยบุคคลจะผ่านกระบวนการยอมรับสิ่งใหม่ไปปฏิบัติ

ด้วยความเห็นชอบของตนเอง (Adoption Process) ซึ่งเป็นกระบวนการทางสมองที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ระยะรับรู้ (Awareness) เป็นระยะแรกเริ่มของกระบวนการที่ได้รับความรู้ใหม่ โดยการฟัง อ่าน เขียนเรื่องราวต่างๆ
2. ระยะสนใจ (Interest) เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะรับรู้ โดยบุคคลเกิดความสนใจในสิ่งที่รับรู้ และหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น
3. ระยะไตร่ตรอง (Assessment , Decision to Try) เป็นระยะที่ไตร่ตรอง หรือตัดสินใจที่จะนำความรู้ใหม่ไปใช้ ซึ่งระยะนี้อาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาข้อดีข้อเสียในการปฏิบัติ เมื่อเข้าใจก็เริ่มทดลองปฏิบัติ
4. ระยะทดลอง (Trial) เป็นระยะที่นำความรู้ใหม่มาทดลอง ถ้าได้ผลดีและพอใจก็จะกระทำต่อไป
5. การยอมรับไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย (Adoption) เป็นระยะที่ทดลองปฏิบัติแล้วได้ผลดีและเกิดความพอใจ จึงนำไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 202 - 204) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในสังคมนั้น มีอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. โดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลักษณะนี้ จะเปลี่ยนแปลงเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวคิดความเชื่อยังคงเดิม การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงหรือความมากน้อยของรางวัลหรือการลงโทษ บุคคลจะยอมทำบางอย่างขณะที่ถูกจับตาดูอยู่นั้น
2. โดยการเลียนแบบ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือกระตุ้นจากการที่เขาต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่พึงพอใจระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งจะออกมาในรูปของการยอมรับเอาบทบาททั้งหมดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมาเป็นของตน หรือการแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่เขารับมาปฏิบัติหรือเลียนแบบ โดยที่ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ นั้น จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าว่า มีความดึงดูดความสนใจมากน้อยเพียงใด เช่นการแต่งกาย การเอาอย่างดาราวัยรุ่น การเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเหมือนพ่อแม่
3. จากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน จากการเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเปลี่ยนนั้น ซึ่งตรงกับความต้องการภายใน ตรงกับค่านิยม และความต้องการของตนเอง การเปลี่ยนแปลงนี้จะเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีอยู่ 3 ด้าน

1. ครอบครัว คืออิทธิพลที่มีต่อปทัสถานด้านอนามัยของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในแง่ของการยอมรับอาการของโรค การประเมินสถานะการเจ็บป่วย และด้านการรักษาพยาบาล
2. กลุ่มเพื่อนบ้าน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นคนในบ้านไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ก็จะไปปรึกษาเพื่อนบ้านที่เคยเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพแบบเดียวกัน และยอมรับว่าโรคนั้นเจ็บป่วยจริงตามเพื่อนบ้านที่เคยเป็นมาก่อน
3. วัฒนธรรมทางสุขภาพ(Health Culture)เป็นการดำเนินชีวิตในสังคม ขนบธรรมเนียม ค่านิยม กฎเกณฑ์ ความเชื่อทางด้านสุขภาพอนามัยก็ถูกควบคุมโดยวัฒนธรรม เช่น เชื่อว่า การรับประทานเนื้อดิบ ๆ จะทำให้อายุยืน หรือขณะเจ็บป่วยหรือหลังคลอดห้ามรับประทานเนื้อ ไข่ เพราะแสลง จะทำให้การเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งไม่เป็นความจริง

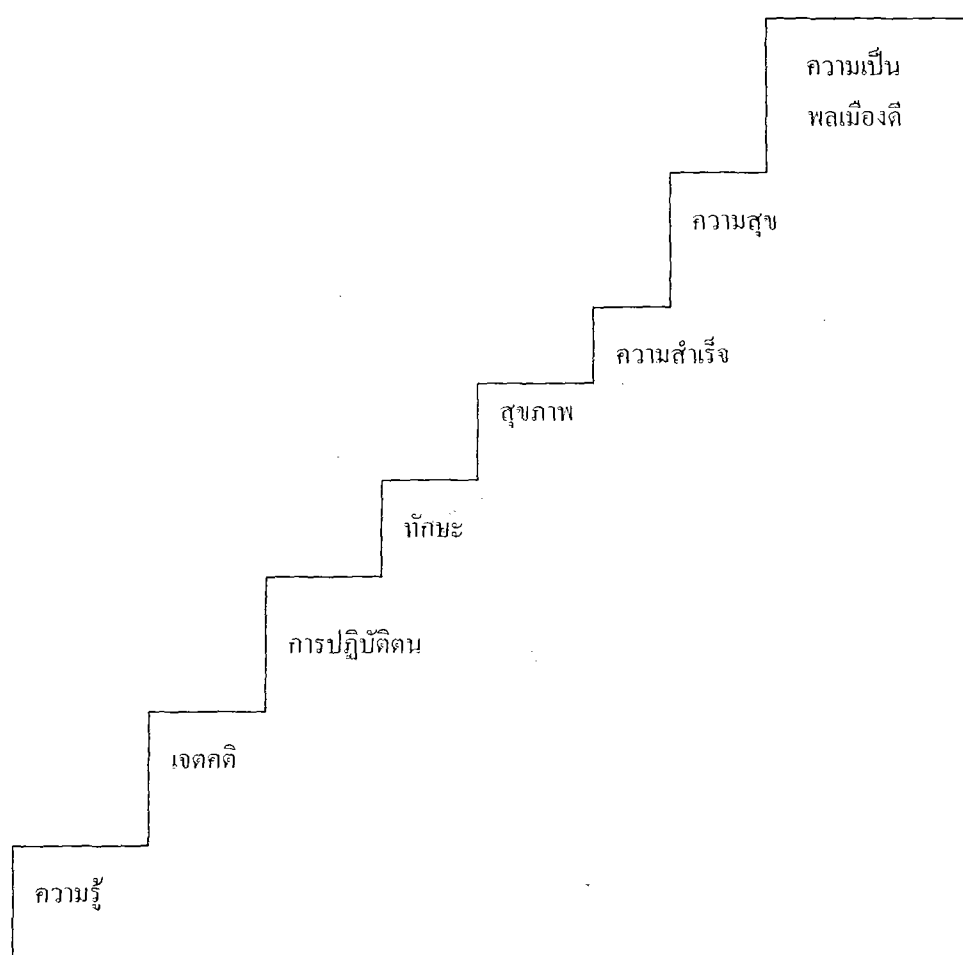
ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลสามารถพัฒนาขึ้นตามลำดับ พฤติกรรมบางชนิดเป็นพฤติกรรมที่ง่าย ๆ เช่นการรับประทานอาหาร การเดิน เป็นต้น พฤติกรรมบางอย่างสลับซับซ้อน เช่นการเล่นดนตรี การศึกษา เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมนั้น แล้วใช้ให้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไปให้ครอบคลุม ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 121 - 130) ได้สรุปดังนี้

1. พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดเห็น หรือการแสดงออกซึ่งต้องอาศัยระดับสติปัญญา เพราะปัญญานั้นส่วนหนึ่งมาจากบิดามารดา หรือบรรพบุรุษของตนเอง ความฉลาดที่บุคคลมีอยู่จึงเป็นผลมาจากพันธุกรรม และโรคบางอย่างสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น โรคเบาหวาน ตาบอดสี เป็นต้น เมื่อบุคคลมีโรคดังกล่าวเกิดขึ้นจะทำให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป
2. ฐณิภาวะ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ฐณิภาวะเป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากพูดไม่ได้ เป็นพูดได้ จากการเดินเป็นวิ่ง เป็นต้น
3. การเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพราะพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่ เกิดจากการเรียนรู้ แล้วจึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ๆ มากมาย ที่สำคัญที่สุด คือสภาพแรงผลักดันทางร่างกาย ร่างวัล และการลงโทษการกระทำซ้ำ ๆ เจตคติ ค่านิยม กลุ่มบุคคล ข่าวสาร การจูงใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างซึ่งแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล ในเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นกระบวนการ

ที่สลับซับซ้อน นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบของการเกิดพฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีวิธีการหลายอย่างที่สามารถจะนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทั่วไปแล้วการใช้วิธีการหลายๆอย่าง จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าการใช้วิธีการเพียงอย่างเดียว เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพอาจเกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่ง เกิดสลับที่กัน หรือก้าวไปไม่ถึงโดยสะดุดหยุดลงในขั้นหนึ่งก็ได้ ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 50

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นนั้นควรใช้วิธีการหลายรูปแบบ เช่น วิธีการศึกษาเพื่อปลูกฝังเจตคติตั้งแต่วัยเรียน การใช้กฎหมาย การสร้างแบบอย่างที่ดีในสังคม และควรสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของรัฐบาลในปัจจุบันด้วย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการทางสุขภาพศึกษา

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และเกิดขึ้นภายนอก (Overt Behavior) ที่คาดหวังจะให้ผู้เรียนมีหรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เราคาดหวังอย่าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากค่านิยม และการมองเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงนั้น จะคงทนถาวรตลอดไป

การที่จะให้บุคคลมีความรู้ ความคิด ความรู้สึก และยอมรับปฏิบัติตามด้วยดีเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ก็โดยการให้การศึกษาซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น

1. การศึกษามวลชนได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป โดยอาศัยโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งการส่งจดหมายเวียน (Circular Letter) การแจกใบปลิว การประชุมราษฎร
2. การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ เช่น ใ้ภาพโฆษณา ภาพพลิก ภาพยนตร์
3. การทำตัวอย่างให้เห็น เจ้าหน้าที่และผู้นำประชาชนมีโอกาสที่จะทำตัวอย่างให้ประชาชนเห็นในสิ่งที่ต้องการให้เขาปฏิบัติตามได้มาก และอาจจะกระทำไ้ทั้งในบ้านและชุมชน
4. การศึกษาเป็นกลุ่ม (Group Methods or Group Approach) การศึกษาที่ให้แกกลุ่มอาจทำได้หลายโอกาส เช่น ในกลุ่มผู้นำประชาชน กลุ่มครู กลุ่มนักเรียน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มคนงาน
5. การสาธิตวิธีปฏิบัติ เป็นวิธีที่เปิดโอกาสให้ได้เห็นวิธีปฏิบัติที่แท้จริงให้ไ้มีโอกาสคิดและอภิปรายข้อข้องใจ ทำให้ผู้ไ้เห็นจำไ้และไ้นำไปปฏิบัติไ้
6. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม จะทำให้ประชาชนเกิดความรับผิดชอบมากขึ้น รู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นสมบัติของตนเอง และได้สิ่งต่างๆ จากการปฏิบัติไ้
7. การศึกษารายบุคคลทำให้ไ้โอกาสเข้าถึงประชาชน ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับประชาชนมากขึ้น ทำให้ทราบปัญหา รวมทั้งความคิดเห็นและความเชื่อของเขา ซึ่งบางอย่างอาจเป็นสิ่งที่ต้องการพยายามเปลี่ยน นอกจากนั้นยังทำให้ไ้ทราบสภาพข้อมูลเบื้องต้น ไ้แก่การศึกษาเศรษฐกิจ สังคม และขนบธรรมเนียมประเพณี

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

1. ความรู้

ความรู้ (Knowledge) ตามความหมายในพจนานุกรมเวบสเตอร์(สมจินต์ เพชรพันธุ์. 2532 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Webster Dictionary. 1973 : 531) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และ โครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้าหรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และ ต้องอาศัยเวลา ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไม่แตกต่างกันนักเช่น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้เสนอว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่ จำแนกได้อาจโดยการฝึก หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

บลูม (Bloom. 1975 : 271) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ เรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

กล่าวโดยสรุป “ความรู้” หมายถึง การระลึกในข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สิ่งของ เหตุการณ์ บุคคล ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งแต่ละคนอาจจะมีความรู้แตกต่างกันไป ตามการรับรู้ ความเข้าใจ และความคุ้นเคยของแต่ละคน

ระดับของความรู้

บลูม (Bloom. 1975) ได้แบ่งระดับความรู้ (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับจากขั้นที่ง่าย ไปสู่ขั้นที่ยาก ดังนี้คือ

1. ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้นให้ดูที่ว่าบุคคลนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจดจำไว้ได้เพียงใด

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายทั้งให้ผู้อื่นรู้ เจตคติของตน และตนเองรู้ความหมาย ความปรารถนาของผู้อื่น

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ความจำ และความเข้าใจในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ไม่ได้หมายความว่า การได้เรียนรู้วิธีนำไปทำตามวิธีการที่ได้รับไปเลียนแบบ แต่ความหมายสามารถในการนำไปใช้ใน

การแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นความสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงไป

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อย ๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายเรื่อง หลายลักษณะ แล้วนำมาจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคาโดยอาศัยหลักเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้ในการวัดความรู้

2. เจตคติ (Attitude)

ความหมายของเจตคติ

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) ได้ให้คำจำกัดความของเจตคติว่า “เจตคติ หมายถึง แนวโน้ม และท่าทีที่มีต่อสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หรือค่านิยมหนึ่ง โดยปกติจะมีความรู้สึกอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ในความเห็นนั้น เจตคติสังเกตไม่ได้ แต่อารมณ์จะอนุมานได้จากพฤติกรรมทั้งที่เป็นวาจาและท่าทาง”

ประภาพัญญ์ สุวรรณ (2526 : 19) ให้ความหมายของเจตคติว่าหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ เป็นต้น

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2533) กล่าวถึง เจตคติ ไว้ว่า

1. เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือการได้รับประสบการณ์ โดยไม่ใช่เป็นสิ่งที่ได้รับมาแต่กำเนิด

2. เป็นสิ่งชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีเจตนาที่ดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดี ในทางตรงข้ามถ้ามีเจตนาที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มที่จะต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

3. เจตคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง

4. เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งที่ได้มาจากการเรียนหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

เธอร์สโตน (Thurstone. 1976 : 77) กล่าวว่าเจตคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้านการพูด เช่น ความคิดเห็น และความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ

เจตคติเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) ตามทฤษฎีของบลูมและคณะ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่มีการรับรู้ในสิ่งนั้น การตอบสนอง การสร้างคุณค่า การจัดระบบคุณค่า จนในที่สุดสร้างเป็นลักษณะนิสัยของบุคคล เจตคติไม่สามารถแยกออกมาอย่างชัดเจนว่าอยู่ในขั้นตอนใดของพฤติกรรมด้านความรู้สึก แต่เจตคติจะต้องประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

1. ส่วนที่เป็นความรู้ หรือความเชื่อ (Cognitive or Belief Component) ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น
2. ส่วนที่เป็นความรู้สึกหรือการประเมิน (Feeling or Evaluative Component) ซึ่งเป็นกริยาทำที่แสดงออกว่า ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งเร้านั้น
3. ส่วนที่เป็นพฤติกรรม (Behavior Component) ซึ่งเป็นความโน้มเอียงที่จะกระทำ หรือจะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้านั้น

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

พัชรี วรกวิน (2526 : 70-72) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอนคือ

1. การใส่ใจ (Attention) เป็นความสนใจ ความเอาใจใส่ในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้วกระบวนการขั้นตอนต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและจะไม่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติสาเหตุที่จะทำให้คนสนใจฟังก็ได้แก่ ผู้สื่อความและเนื้อหาสาระนั้น ๆ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสาระนั้น ความยากหรือความง่ายเกินไป จะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจและไม่เข้าใจ ดังที่เราจะสังเกตเห็นได้จากการโฆษณาเขาจะใช้เวลาให้น้อยที่สุดแต่ให้ผู้ฟังได้มากที่สุด
3. การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลจากข้อ 1 และ ข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟังเกิดความเข้าใจ แจ่มแจ้ง ก็จะทำให้เกิดการยอมรับ แต่ถ้าไม่สนใจฟัง ไม่มีความเข้าใจก็จะไม่เกิดการยอมรับขึ้น
4. การกักเก็บไว้ (Retention) เป็นความคงทนหรือเป็นการจำ อาจจะเก็บไว้ระยะหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจเปลี่ยนไป หรืออาจจะยังคงอยู่ถ้ามีความน่าเชื่อถือมาก การกักเก็บไว้ก็คงทนและอยู่ได้นาน

5. การกระทำ (Action) บุคคลเมื่อเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย ซึ่งมีผลต่อส่วนรวมและสังคม ถ้าเราเปลี่ยนความเชื่อแล้วแต่ไม่ได้ลงมือกระทำก็จะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อใคร

โดยทั่วไปแล้วอาจกล่าวได้ว่าเจตคติเป็นดัชนีที่จะชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรมกล่าวคือ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ตรงกันข้ามถ้ามีเจตคติที่ไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหา โดยการถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. 2533 : 240) ดังนั้นถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใด โอกาสที่ผู้นั้นจะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้นมากขึ้น

การวัดเจตคติ

จากความหมายของเจตคติและองค์ประกอบของเจตคติ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นความรู้หรือความเชื่อ ส่วนที่เป็นความรู้สึกหรือการประเมินและส่วนที่เป็นพฤติกรรม ทำให้การวัดจะต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบและต้องวัดเป็นภาพรวม ๆ โดยพิจารณาจากิริยาท่าทีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายประการรวมกันมิใช่วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากการวัดเจตคดียังต้องบ่งบอกถึงปริมาณความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้าและทิศทาง (Direction) ที่บอกว่ามีเจตคติไปในทางบวกหรือทางลบ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2527: 66)

3. การปฏิบัติ (Practice)

การปฏิบัติ (Practice) หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งอาจจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม และพบว่าการกระทำของบุคคลโดยพื้นฐานทางจิตวิทยาย่อมมีเหตุผล จุดมุ่งหมาย และมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล หรือเรียกว่าเป็นพฤติกรรมสุภาพของแต่ละบุคคล

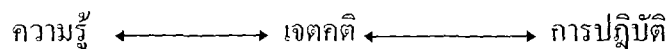
โรเจอร์ (Roger. 1962 : 81) ได้จัดการปฏิบัติเอาไว้เป็นขั้นสุดท้าย ของกระบวนการยอมรับ อันได้แก่ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง และปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ในขณะที่เชื่อว่า เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ตลอดจนตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรที่เลือกมา จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ ในทางสุภาพอนามัยถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล เป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุภาพอนามัยที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

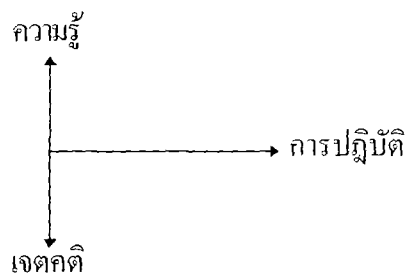
ซิมบาโด (Zimbardo. 1977 : 49 - 53) ได้กล่าวโดยสรุปว่า ทักษะหรือเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีอยู่ คือถ้ามีความรู้ดี ทักษะต่อสิ่งนั้นก็จะดีด้วย และมีแนวโน้มส่งผลให้แสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดีด้วย ดังนั้นทั้งความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม จึงมีความสัมพันธ์กัน

ชาร์ท (Schwartz. 1975 : 28 - 31) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ คือ

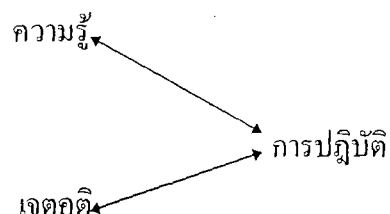
1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นตามเจตคติ และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ เจตคติเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามเจตคตินั้น



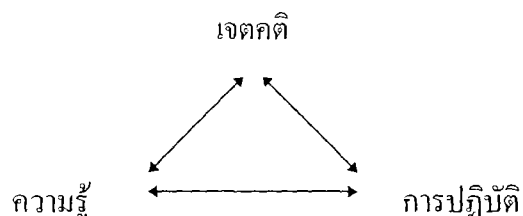
2.. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ และเจตคติที่มีความสัมพันธ์ หรือความรู้กับเจตคติมีส่วนร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม



3. ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเจตคตินั้น



ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติไว้ดังนี้

ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ เจตคติ จะมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่าง ๆ เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติของบุคคล และจะทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงและเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีพ (Norms) นิสัย (Habits) และสิ่งคาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

วัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนมากที่สุด มักจะมีพฤติกรรมตามการตัดสินใจของเพื่อนกลุ่ม ดังนั้นในส่วนของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงได้นำทักษะปฏิเสธมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้นักเรียนมีทักษะการเลือกและตัดสินใจในการป้องกันการสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่

ความหมายของคำว่า "ทักษะ" ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2531 : 392) หมายถึง ความชำนาญ ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษ "Skill" ส่วนความหมายตามวงการศึกษาศาสตร์และจิตวิทยา (ประเสริฐ ตันสกุล. 2538 : 14-16) หมายถึง ความชัดเจนและความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งมนุษย์สามารถสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะการอาชีพ การกีฬา การทำงานร่วมกับผู้อื่น การอ่าน การสอน การจัดการ ทักษะทางคณิตศาสตร์และทาง

ภาษา เป็นต้น เหล่านี้เป็นทักษะภายนอกที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนได้โดยตรงจากการกระทำ หรือจากการปฏิเสธ

ส่วนทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่นและผลประโยชน์ของตนเองนั้น เป็นทักษะชีวิตชนิดหนึ่ง จากทักษะชีวิต 9 ชนิดที่เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัย ของโครงการ Need Assessment Programme Documentation Life Skills Training And Peer Education Experience in Thailand ซึ่งในความหมายของทักษะชีวิตทั้ง 9 ชนิดนี้ หรือ Life Skill หมายถึง คุณลักษณะ หรือ ความสามารถเชิงสังคมจิตวิทยา (Psychosocial Competence) เป็นทักษะภายในที่ช่วยให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ทักษะชีวิตคือความสามารถพื้นฐานที่ทุกคนจำเป็นต้องใช้ในการเลือกทางดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์โดยการฝึกฝนอบรมนั่นเอง

ทักษะชีวิตนั้นไม่ใช่ความรู้สึกหรือความเห็นความเชื่อ แต่เป็นองค์ความสามารถทางสติปัญญาที่ทุกคนจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถที่อาจพัฒนาขึ้นได้ด้วยการฝึกและการกระทำซ้ำ ๆ จนเกิดความเคยชินชำนาญเป็นลักษณะนิสัย

ความสำคัญ of ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่

ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง เพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ถือเป็นทักษะชีวิตหนึ่งที่มีประโยชน์ ในเชิงยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ อันเกิดจากการมีความคิดที่ไม่สร้างสรรค์ ถือเป็นทักษะที่มีความสำคัญต่อเยาวชนเป็นอันมาก เพราะจะช่วยทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันที่คอยเหนี่ยวรั้งเยาวชนออกจากพฤติกรรมเบี่ยงเบน และชักนำให้เยาวชนเลือกกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมได้เช่น การไม่เลือกการสูบบุหรี่จากการชักชวนของเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนช่วงวัยรุ่น ซึ่งจากมุมมองของนักพฤติกรรมศาสตร์เห็นว่า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่คนหนุ่มสาวจะให้ความสำคัญกับเพื่อนสูงสุดจนอาจกล่าวได้ว่าเป็นวัยที่ติดเพื่อนก็ได้ พฤติกรรมเบี่ยงเบนและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่น มักจะเป็นพฤติกรรมที่กระทำตามการตัดสินใจของผู้นำกลุ่ม หรือตามความคิดเห็นเริ่มและจินตนาการของสมาชิกในกลุ่มโดยที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องเร่งรัดตัดสินใจกลับปัดเป็น การเฉพาะหน้า ภายใต้แรงกดดันของขบวนการกลุ่มเพื่อนอีกด้วย ในสถานการณ์คับขันเช่นนี้ หากวัยรุ่นได้ฝึกทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง เพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่นและผลประโยชน์ของ

ตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ จะสามารถคิดหาทางเลือกในการป้องกันการสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมกับตนเองได้ด้วย

ขั้นตอนของการสอนทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง เพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่นและผลประโยชน์ของตนเอง ในการป้องกันการสูบบุหรี่

การสอนทักษะการปฏิเสธ เป็นการสอนที่มุ่งเน้นในด้านทักษะนิสัย (กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : 16-19) ซึ่งต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะ ให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และนักเรียนมีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง ถือเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อนแต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ดังนั้น การสอนทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ จึงต้องมี 2 ขั้นตอน คือ

1. รู้แจ้งเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้นักเรียนรับรู้ ว่า ทักษะต่าง ๆ ในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มีความสำคัญ และฝึกฝนให้ทำเป็น หรือ ทำได้อย่างไร
2. ข้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียน ได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก

กิจกรรมในขั้นรู้แจ้งเห็นจริง ครูใช้การบรรยายนำประกอบกับการยกตัวอย่าง และให้นักเรียนร่วมอภิปรายถึงความสำคัญและวิธีการฝึกทักษะนั้น ๆ จากนั้นใช้สถานการณ์จำลองให้นักเรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าว หรือ ใช้การสาธิตซึ่งอาจให้นักเรียนมีส่วนร่วมได้ การสาธิตจะช่วยให้ นักเรียนเห็นจริงเป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน จากนั้นให้นักเรียนจัดกลุ่มย่อย หรือกลุ่มระดมสมอง เพื่อหากฎเกณฑ์

สำหรับขั้นลงมือกระทำ เป็นการให้นักเรียนฝึกใช้ทักษะโดยการใช้นบทบาทสมมุติ (Role Play) หรือ การซ้อมบท (Rehearsal Play) เป็นกิจกรรมหลัก และมีการฝึกซ้ำโดยผลัดกันแสดงบทบาทจนชำนาญ ดังนั้น การฝึกอบรมนี้จะต้องให้ครูมีทักษะในการใช้สถานการณ์จำลอง และการสาธิต เพื่อให้ นักเรียนเห็นจริง ขณะเดียวกันก็มีทักษะในการนำมาฝึกบทบาทสมมุติ หรือการซ้อมบท และประเมินผลการฝึกได้ มีรายละเอียดของกิจกรรมสรุปได้ ดังตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 หลักการ วิธีการ ขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะการปฏิเสธ

หลักการ	วิธีการและขั้นตอน	กิจกรรม
หลักทั่วไป	การมีส่วนร่วมของนักเรียน การได้เรียนรู้ร่วมกัน และ การลงมือฝึกปฏิบัติจริง	
หลักเฉพาะ	ขั้นตอนที่ 1. ขั้นรู้แจ้งเห็นจริง	<u>บรรยายนำ</u> เพื่อให้ข้อมูลหรือ ความรู้ที่จำเป็นในเวลาสั้น
	ขั้นตอนที่ 2. ขั้นลงมือกระทำ	การฝึกปฏิบัติโดยการฝึกทักษะ เป็นขั้นตอนประกอบ ด้วยการ แสดงบทบาทสมมติ หรือการ ฝึกซ้อมบทบาทเพื่อให้เกิดความ ชำนาญ <u>การประเมินการฝึก</u> โดยให้ สมาชิกในกลุ่มฝึกประเมินกัน เองและผู้สอนประเมินอีกครั้ง ในกลุ่มใหญ่

ที่มา : ดัดแปลงมาจาก ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. 2538 : 32 และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

2539 : 18

ขั้นตอนการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง เพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. 2538 : 41) ตามองค์ประกอบปฏิเสธทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการปฏิเสธโดยเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยไม่ต้องทำตามในสิ่งที่ไม่อยากจะทำแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. บอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ
2. เสนอทางเลือก และบอกความประสงค์ที่เราตัดสินใจเลือก
3. ถามย้ำว่าเขาเห็นด้วยกับข้อเสนอของเราหรือไม่
4. ขอบขอบคุณเมื่อตกลงได้ และลาจากไป

ตาราง 3 ขั้นตอนการป้องกันการสูบบุหรี่

องค์ประกอบการปฏิเสธ	คำอธิบาย	ตัวอย่างคำพูด
1. การแสดงความรู้สึกของตนเอง หรือบอกผลดี-ผลเสียของการกระทำนั้น	เป็นการบอกความรู้สึกโดยไม่อ้างเหตุผลเพราะเหตุผลถูกโต้แย้งได้ง่าย	- ฉันไม่ชอบ - ฉันไม่อยาก
2. การขอปฏิเสธ	ตอบปฏิเสธอย่างชัดเจนเพราะเรามีสิทธิ์ปฏิเสธในสิ่งที่ไม่เห็นด้วย	- ขอไม่ไปนะ
3. การถามความเห็น	เป็นการแสดงความเห็นใจ ความรู้สึกของอีกฝ่ายเพื่อให้การปฏิเสธนุ่มนวล และรักษาความสัมพันธ์กับอีกฝ่าย	- เธอคงเข้าใจนะ - เธอคงไม่ว่าอะไรนะ
4. เมื่อผู้ชวนตอบในทำนองยอมรับหรือไม่ก็ตาม แสดงความขอบคุณและอำลาหากอีกฝ่ายยังเข้าชี้	เช่นเดียวกับข้อ 3. และอำลาเพื่อตัดการเข้าชี้	- ขอบใจนะที่เตือน - ฉันขอตัวไปก่อนนะ

ส่วนคำพูดที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

คำพูดที่ใช้แสดงความรู้สึก

- ฉันคิดว่า
- ฉันรู้สึกว่
- ฉันไม่สบายใจที่.....
- ฉันไม่อยากจะเกิด.....

คำแนะนำทางเลือก

- ฉันอยากจะ.....
- อย่างนี้ดีกว่า.....
- ยังไงก็ได้ไหม.....
- อย่าให้ฉันต้อง.....

คำถามย้ำข้อเสนอ

- ดีไหม
- พอรับได้ ไหม.....
- คุณคิดว่าอย่างไร
- คงไม่เป็นไรมากนะ

คำขอบคุณเพื่อสรุปเรื่องและอำลา

- ขอบคุณที่เข้าใจ
- เอาตามนี้นะ ขอขอบคุณจริง ๆ
- ฉันสบายใจขึ้นมากเลยที่คุณเข้าใจ
- ดีใจที่เราเห็นตรงกัน

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยเลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพราะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเหตุผลของบุคคล ในการเลือกตัดสินใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคม ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลโดยครั้งแรกได้เริ่มจากการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Prevention Behavior) ต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้การอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

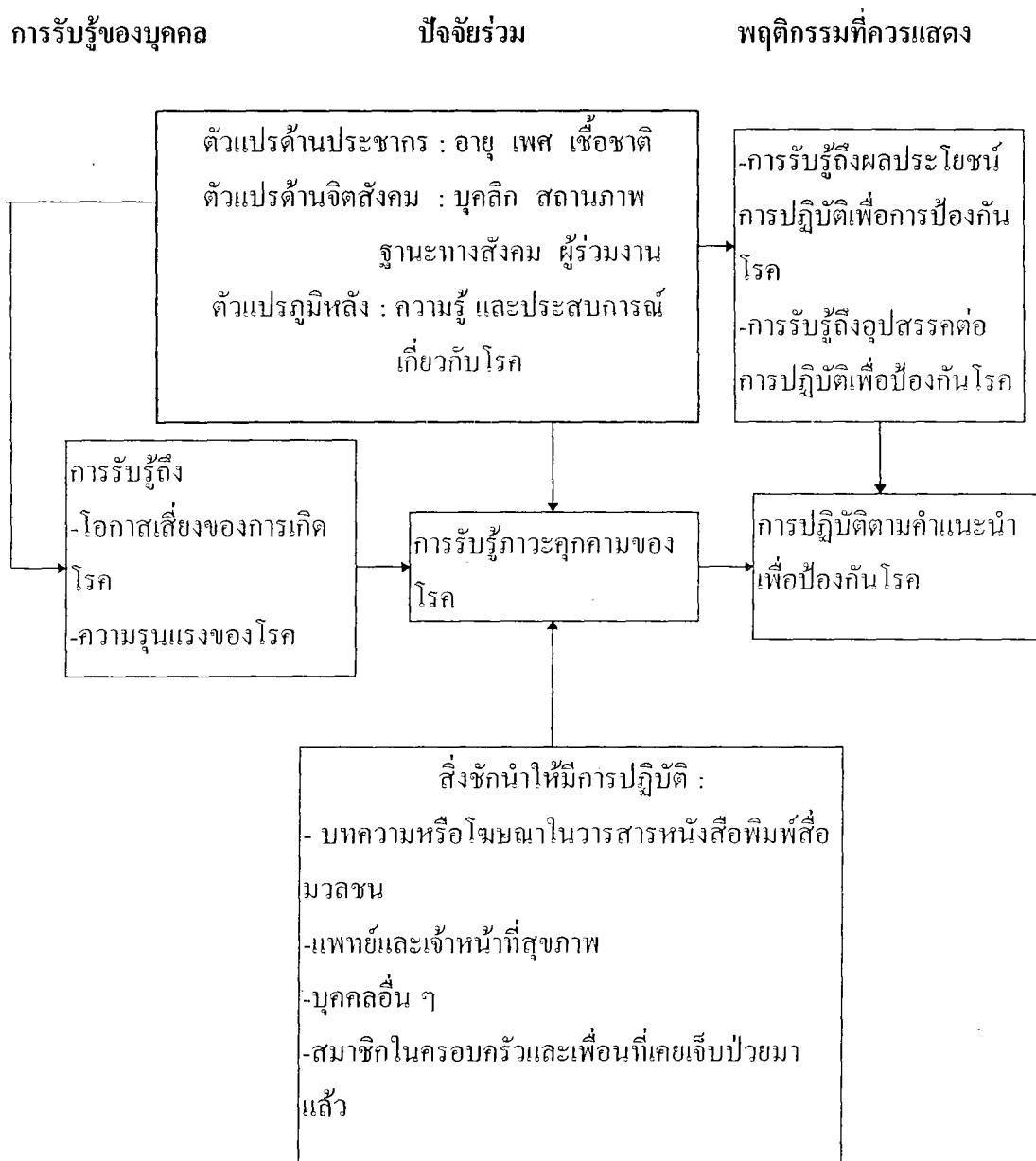
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา คือ สอคบอม กาจีลีส ลีเวนทาว และโรเซนสต็อก (Hochbaum Kegeles Leventhal and Rosenstock) กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีสถานมพลังงานของเคิร์ท เลวิน(Kurt lewin)ซึ่งสอคบอม (Hochbaum) เป็นผู้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก

ต่อมาโรเซนสต็อก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 87 - 99 ; อ้างอิงมาจาก Rosenstock. 1966) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเผยแพร่ จึงเป็นผู้ถูกอ้างอิงในฐานะเป็นผู้ริเริ่มได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสุขภาพคือ การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยและเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ ตลอดจนเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับสถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย

เบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker and others. 1975 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และสิ่งชักจูงไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) นอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพื่อประกอบการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น (ภาพประกอบ 4)

เคิร์ชท์ และคอบบ์ (Kirscht and Cobb. 1974 : 398) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน แต่นำมาอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อจะได้ทราบว่ามีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้น เขาควรทำอย่างไรกับความผิดปกตินั้น ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1980) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ในรูปของการรับรู้และความเชื่อโดยเพิ่มองค์ประกอบ ด้านแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (ดังภาพประกอบ 5)โดยภาพรวมแล้วแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตัวของบุคคลและมีแนวคิดหลักว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับความรู้ของคน การรับรู้ของคนเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำและเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจถ้าคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดีแก่ตน สมมุติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กลมกลืนสอดคล้อง 3 ปัจจัย คือ

1. บุคคลจะต้องมีสภาวะการจิตใจที่เพียงพอ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ
2. มีความเชื่อว่า ตนเองหรือครอบครัวมีโอกาสที่จะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับสุขภาพ
3. มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขภาพจะเกิดประโยชน์ที่จะช่วยลดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในรูปของ เวลา แรงงาน เงินทอง และจะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยอมรับได้



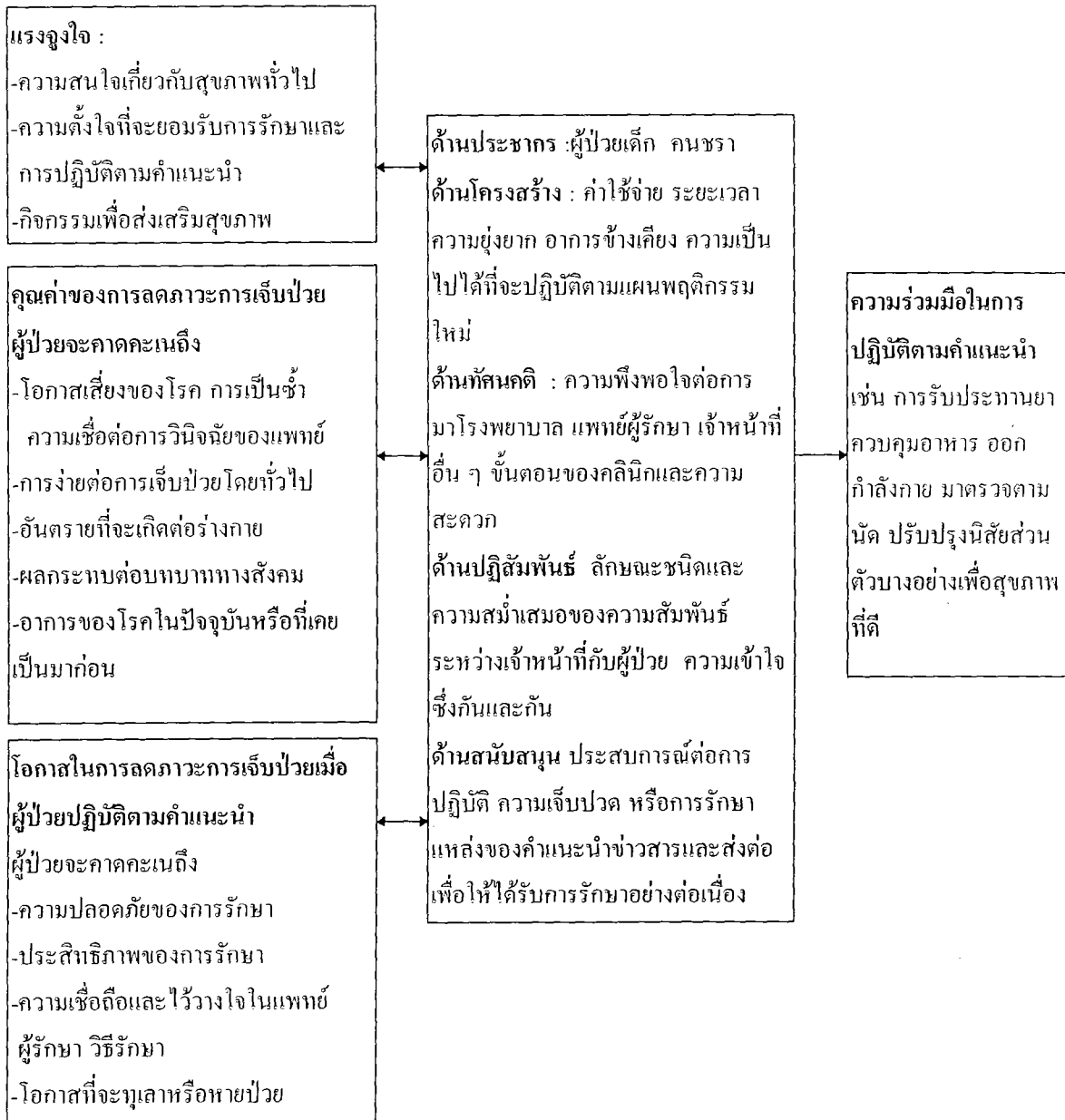
ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันโรค

ที่มา : Becker and Maiman. 1975 : 12.

ความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพประกอบ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย

ที่มา Becker and Maiman. 1980 : 10-18.

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker. 1974 : 410) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทางคือความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีผลต่อบทบาททางสังคม หรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคม เพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสีย อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของตนเองแล้วบุคคลผู้นั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันให้ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา (Perceived Benefits and Barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค และถ้าเป็นแล้วจะเกิดความรุนแรงมากพอที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม บุคคลก็จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติรักษาให้หายจากโรค หรือแสวงหาวิธีการป้องกัน มิให้เกิดโรคในบุคคลที่ยังไม่ป่วย และบุคคลนั้นต้องยอมรับว่าวิธีดังกล่าวมีประโยชน์เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ตนเองหายจากโรค โดยทั่วไปบุคคลเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งมักพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยทั่วไปความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร ครอบครัว

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ นอกจากจะสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้และจิตใจของบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ การเข้าถึงบริการตลอดจนปฏิสัมพันธ์และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่างๆ

ตามแนวความคิดของทฤษฎีนี้จะเห็นว่าสิ่งสำคัญที่เป็นตัวการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น รวมทั้งความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจจะมีมากน้อยแตกต่างกัน ยังมีความรู้ในเรื่องนั้นมากเท่าไรก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะเร้าพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการให้ความรู้ในเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนเล็งเห็นอันตรายที่เกิดจากบุหรี่ทั้งต่อตัวผู้สูบเอง และบุคคลอื่นว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งมีอันตรายต่อสุขภาพ และรุนแรงถึงชีวิตทั้งนี้เพื่อที่จะให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมในการเลิก หรือเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยรู้จักปฏิเสธคำชักชวน และสามารถนำความรู้ไปแนะนำบุคคลอื่นให้เลิกสูบบุหรี่หรือไม่ลองสูบบุหรี่ได้

มีองค์ประกอบหลายชนิด ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเรียนรู้จากตัวแบบก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมเลียนแบบบุคคลที่ตนชื่นชอบ ผู้วิจัยจึงนำการเรียนรู้จากตัวแบบมาใช้ในการศึกษารั้วนี้และมีรายละเอียดดังนี้

การเรียนรู้จากตัวแบบ

แบนดูรา (Bandura. 1977 : 222) กล่าวว่า การเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ได้ประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตน นอกจากนี้ยังเป็นผลจากการสังเกต การฟังหรือการอ่านพฤติกรรมของบุคคล หรือสัญลักษณ์แทนบุคคล การที่บุคคลสามารถเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้น ต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ประการคือ

1.1 กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับว่า ตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดบ้าง ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบ ก็จะเลียนแบบตามพฤติกรรมของตัวแบบได้

1.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลัง การสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง โดยมีหรือไม่มีตัวแบบในที่นั้น ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนในกระบวนการเก็บจำ ได้แก่

1.2.1 การที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ทางมโนภาพเป็นสัญลักษณ์ทางภาษา ทำให้เก็บจำได้ง่าย และนานขึ้น

1.2.2 การชักซ้อมในใจหรือคิดตาม ท่องจำ หลังจากได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สังเกตจำแนกแล้ว ยังช่วยให้เลียนแบบได้ถูกต้องขึ้น

1.2.3 การได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบ่อย ๆ หรือหลายครั้งจะช่วยทำให้ความจำดีขึ้น

1.3 กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำมาเป็นการกระทำ ซึ่งถ้ามีการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเล่นแบบของตน จนเป็นที่พึงพอใจ ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในกระบวนการกระทำทางกาย ได้แก่

1.3.1 ความสามารถ ความพร้อมทางร่างกายในการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ

1.3.2 การมีทักษะเบื้องต้นอันจะนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำ

1.3.3 การปรับปรุงหรือการฝึกหัดหรือการแสดงบทบาทสมมติตามพฤติกรรมของตัวแบบ

1.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกแค้นว่าตนคือผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้น ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในกระบวนการจูงใจ ได้แก่

1.4.1 การให้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจแก่พฤติกรรมของตัวแบบที่เราต้องการให้ผู้สังเกตเลียนแบบทันทีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมนั้น

1.4.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงแก่ผู้สังเกตทันทีที่กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบที่ต้องการ (Bandura, 1977 : 29)

ประเภทของตัวแบบ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Mode) หมายถึงตัวแบบที่มีชีวิตซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตโดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ หรือสัญลักษณ์อื่น

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Mode) หมายถึงตัวแบบที่บุคคลสังเกตผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์ เช่น ตัวแบบที่ปรากฏตามการบอกเล่า ปรากฏในหนังสือ แบบบันทึกภาพ หรือผ่านทางสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ลักษณะของตัวแบบ

1. มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกต เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ ซึ่งทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าจะเหมาะสมกับตน และทำให้เกิดความคาดหวังว่า ถ้าตนแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นก็จะได้รับผลลัพธ์ทำนองเดียวกัน
2. มีลักษณะเด่นเป็นพิเศษเช่น เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญ มีชื่อเสียง มีอำนาจ หรือเป็นที่นิยมในสังคมนั้น
3. มีลักษณะดึงดูดใจสูง สร้างความสนใจแก่ผู้สังเกตได้นานเช่น โทรทัศน์ เทปบันทึกภาพ
4. มีลักษณะเป็นมิตรหรือแสดงการช่วยเหลือ
5. เป็นตัวแบบที่มีความสำคัญต่อผู้สังเกต เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู วีรบุรุษ ที่ผู้สังเกตนิยม
6. เป็นการกระทำของตัวแบบที่ได้รับผลลัพธ์ ตามที่ผู้สังเกตต้องการ

ลักษณะของผู้สังเกต

แบนดูรา ได้ให้ข้อสรุปเกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกตไว้ ดังนี้

(Bandura, 1977:41- 45)

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตได้เห็นการกระทำของตัวแบบ ซึ่งการกระทำของตัวแบบนั้นผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่
2. การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ จากนั้นผู้สังเกตทดสอบการกระทำตามตัวแบบลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่าง ๆ และถ้าตอบสนองส่งผลทางบวก ผู้สังเกตก็รวมลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่าง ๆ แล้วนำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์ หรือหลักการใหม่
3. การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การที่ตัวแบบช่วยสนับสนุนการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เพราะมนุษย์เมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง มนุษย์อาจใช้ประสบการณ์ต่างๆที่มีอยู่ ประกอบกับการกระทำของตัวแบบมาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมใหม่ขึ้น
4. การยับยั้งการกระทำและลดความหุนหันเกรงที่จะกระทำ การได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่ไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น และในทำนองเดียวกันถ้าได้เห็นตัวแบบทำ

พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและถูกห้ามปรามแล้วไม่มีผลลัพธ์ใดๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบ

5. การส่งเสริมการกระทำ การที่ตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามมากขึ้น

6. ทางด้านอารมณ์ การมีตัวแบบนี้ นอกจากจะส่งผลต่อการกระทำตามตัวแบบแล้วยังมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตให้รุนแรงเพิ่มขึ้นอีก และกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้ายตามไปด้วย

ข้อดีและข้อจำกัดสำหรับเทคนิคการเสนอตัวแบบ

ข้อดี

1. การเสนอตัวแบบสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมของคนในสภาพชีวิตจริงได้ จากงานวิจัยส่วนมากจะเห็นได้ว่า สามารถนำไปใช้ในคลินิกการให้คำปรึกษา และด้านการพัฒนาการของเด็ก ในด้านการสอนทักษะทางสังคม พฤติกรรมทักษะอื่น ๆ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ต่าง ๆ (Rule-oriented Behavior)

2. นอกจากใช้ในการสร้างรูปแบบใหม่ของความคิดและพฤติกรรมแล้ว ตัวแบบสามารถทำให้พฤติกรรมที่ต้องการเข้มแข็งขึ้น หรือทำให้พฤติกรรมที่ไม่ต้องการหยุดยั้งอ่อนตัวลง

3. สามารถนำเทคนิคนี้ใช้ควบคู่กับเทคนิคอื่นๆ ได้ เช่นการเสริมแรงทางบวก การชี้แนะ ทำให้การปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพและคงทนขึ้น

4. สามารถใช้กับทุกเพศทุกวัยทั้งคนที่ปกติและคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านสมองและจิตใจ

ข้อจำกัด

การเสนอตัวแบบจะเรียกได้ว่าไม่มีข้อจำกัดเลย แต่หากผู้ใช้ละเลยหรือขาดการตระหนักในแต่ละขั้นตอนของเทคนิคก็ทำให้ขาดประสิทธิภาพได้ ดังจะขอเสนอข้อจำกัดในประเด็นต่อไปนี้

1. ต้องคำนึงถึงพัฒนาการทางารรู้คิด (Cognitive Development) ของเด็กที่แตกต่างกันตามระดับอายุ

2. หากมีการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านทางวิดีโอ หรือภาพยนตร์ ย่อมต้องใช้งบประมาณสูง ต้องซักซ้อมพฤติกรรมของตัวแบบให้ดี และต้องใช้เวลาในการถ่ายทำ

กระบวนการให้สุศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีหลายวิธีการเพื่อเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การอภิปรายหมู่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ฟังมีส่วนร่วมในการอภิปราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การอภิปรายหมู่ (Panel Discussion)

การอภิปรายหมู่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการบรรยายหมู่ ถือเป็นวิธีการที่เชิญผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์มากในแขนงเดียวกันหรือต่างแขนงกัน จำนวนประมาณ 3 - 6 คน ร่วมกันอภิปรายในหัวข้อเรื่องหรือปัญหาต่างๆ ที่เป็นที่สนใจของผู้ฟัง จะต่างกันก็ตรงที่การอภิปรายนั้น ผู้ร่วมอภิปรายมีเสรีภาพอย่างกว้างขวางสามารถแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่อภิปรายได้ จะพูดไปในแนวอย่างใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องพูดจำกัดอยู่เพียงหัวข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น และในขณะที่ดำเนินการอภิปรายผู้ร่วมอภิปรายสามารถที่จะซักถามปัญหา หรือ ข้องข้องใจระหว่างกันและกันได้ สำหรับเวลาที่ใช้ในการอภิปรายแต่ละรอบนั้นประมาณ 10 - 15 นาที และอภิปรายกัน 1 - 2 รอบ สุดแล้วแต่เวลาที่กำหนดให้

จุดมุ่งหมายในการใช้วิธีการอภิปรายหมู่ก็เพื่อให้สมาชิกที่มีความสนใจในปัญหาเดียวกัน ได้มีโอกาสที่จะศึกษาได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้ฟังความคิดเห็นหลายๆทัศนะได้แนวคิดกว้างขวางจากผู้รู้หลายท่าน ผู้ฟังมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย ได้เสนอความคิดเห็นและเปลี่ยนกับวิทยากรทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง ส่วนสำคัญของปัญหามางอย่างนำไปปฏิบัติตามได้

องค์ประกอบของผู้ร่วมการอภิปรายหมู่

ก. ผู้ดำเนินการอภิปราย ต้องเป็นผู้ที่เข้าใจเรื่องที่จะอภิปรายทั้งหมดเป็นอย่างดี เป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงการอภิปรายของผู้พูดแต่ละคนให้ต่อเนื่องกัน มีความสามารถในการกระตุ้นทั้งผู้พูดและผู้ฟัง ให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย

ข. ผู้อภิปราย เป็นผู้ที่มีความรู้และสนใจเป็นพิเศษในเรื่องที่จะอภิปรายโดยเฉพาะ นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ที่มีความคล่องแคล่วว่องไวในการถามตอบปัญหาของกันและกันรวมทั้งแสดงความคิดเห็นและปฏิภาณอันเฉียบแหลมด้วย เพื่อให้การอภิปรายประสบความสำเร็จ

ค. ผู้ฟัง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่สนใจในเรื่องที่จะอภิปราย ซึ่งอาจจะมีพื้นฐานความรู้หรือแนวความคิดต่าง ๆ อยู่แล้ว

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

ครอห์นและคนอื่นๆ (Krohn and others. 1983 : 146 - 349) ได้ศึกษาทัศนคติความผูกพันทางสังคม และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากความผูกพันกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ และยังได้ศึกษาถึงความพอใจในสังคม การเอาแบบอย่างเพื่อนและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพบว่า เมื่อนักเรียนไม่มีความพึงพอใจต่อสังคมทั้งในครอบครัว โรงเรียน ทำให้วัยรุ่นไปมีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่สูบบุหรี่

แอนดริวส์ และเฮอร์น (Andrews and Hearn. 1984 : 18-20) ได้ทำการศึกษาผลของโครงการสุขภาพที่มีต่อเจตคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนและผู้ปกครองโดยทำการศึกษา จากกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 600 คน จาก 2 โรงเรียนในกรุงนิวยอร์ก แล้วประเมินผลหลังจากเริ่มโครงการดังกล่าว 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเจตคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่อยากลองสูบบุหรี่ และพบว่าผู้ปกครองของนักเรียนดังกล่าว ได้มีการเปลี่ยนแปลงนิสัยสูบบุหรี่ของตน หลังจากที่บุตรของตนได้เข้าร่วมโครงการนี้

เมแมน (Mayman. 1984 : 222) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยม อายุ 15-16 ปี ประเทศอิสราเอลโดยประเมินผลจากการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ ค่านิยม และการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในอนาคตพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวนนักเรียนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนนักเรียนสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง

แคสโตรและคนอื่นๆ (Castro and others. 1987 273-289) ได้ศึกษาเพื่อทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับการคาดคะเนการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุดในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นคือ กลุ่มเพื่อน ดังนั้นการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ควรจะคำนึงอิทธิพลกลุ่มเพื่อนด้วย เพื่อที่จะสนับสนุนให้โปรแกรมการงดสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดเฮอร์ตี้ (Doherty. 1987 : 95) ได้ทำการพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ว่า ทักษะในการปฏิเสธของแต่ละบุคคลทำนายสถานภาพการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ โดยทำการประเมินผลจากการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และทักษะในการแก้ปัญหาของหญิงวัยรุ่นผิวขาว ผลการวิจัยพบว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

บุหรีมีการใช้ทักษะในการปฏิเสธหรืออย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูบบุหรีมีการโต้ตอบในการปฏิเสธหรืออย่างไม่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ไม่สูบบุหรีมีแนวโน้มที่จะใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหามากขึ้น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ถูกชักชวนให้สูบบุหรี

เอลเดอร์และคนอื่นๆ (Elder and others. 1989 : 24-29) ได้ศึกษาผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนให้เข้าใจเรื่องบุหรี (Student Helping other Understand Tobacco) เพื่อป้องกันการสูบบุหรีในสถานศึกษาของนักเรียนในเมืองซานดิเอโก รัฐแคลิฟอร์เนีย โดยนำหลักการปรับปรุงพฤติกรรมเป็นแนวทางสอน ให้นักเรียนรู้ล่วงหน้าและรู้จักเอาชนะอิทธิพลจากเพื่อนที่จะชักชวนให้สูบบุหรี ในการทดลองเบื้องต้นนั้นพบว่า นักเรียนในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนยังมีการสูบบุหรีอยู่บ้าง ใน 1 ปีหลังการเริ่มโครงการ พบว่า กลุ่มทดลองมีการสูบบุหรีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สำหรับกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงโดยการให้รางวัลด้วยนั้น มีอัตราการสูบบุหรีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า นอกจากจะฝึกให้นักเรียนมีการตัดสินใจด้วยตนเองและรู้จักวิธีการปฏิเสธการสูบบุหรีแล้ว การเสริมแรงแก่ผู้ไม่สูบบุหรีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพแก่โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในการป้องกันการสูบบุหรีอีกด้วย

ซาลลิส และคนอื่นๆ (Sallis and others. 1990 : 489-503) ได้ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการฝึกทักษะในการปฏิเสธบุหรีแก่นักเรียนเกรด 4-7 จำนวน 78 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 12.5 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะในการปฏิเสธการสูบบุหรี จำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน ประเมินโดยแบบทดสอบการโต้ตอบของนักเรียนต่อการชักชวนให้สูบบุหรี โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง และเลว ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมในโปรแกรมหัดได้คะแนนในระดับดีมากว่ากลุ่มควบคุม และมีผู้ที่ได้คะแนนในระดับเลวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ นักเรียนในกลุ่มทดลองสามารถปฏิเสธบุหรีจากการชักชวนของเพื่อนได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ดิโลเรนโซ (Dilorenzo. 1993) ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรีในโรงเรียน (Primary Prevention) ของนักเรียนในสถานศึกษาชั้น 7 โดยใช้รูปแบบจิตวิทยาสังคม ซึ่งคำนึงถึง พ่อ-แม่ เพื่อน และอิทธิพลของสื่อรวมทั้งการสอนทักษะการปฏิเสธเพื่อต่อต้านการสูบบุหรีจากสังคม พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการศึกษามี 3 ตัวแปร คือ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี และเจตคติ โดยใช้แบบสอบถามก่อน และหลังการทดลอง พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ และทักษะการปฏิเสธการริเริ่มการสูบบุหรีตั้งแต่แรกเพิ่มมากขึ้น และได้มีการติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมไปแล้ว 1 เดือน และหลังจากนั้นอีก 1 ปี พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรีเช่นเดิม

อิสเมลล์ และคนอื่น ๆ (Ismail and others. 1994 : 88-91) ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาแพทย์ในประเทศมาเลเซีย จำนวน 395 คน พบว่า มีนักศึกษาแพทย์สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 8.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.3 เป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.7 ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดเป็นชาย ร้อยละ 88.6 เริ่มสูบก่อนที่จะเป็นนักศึกษาในโรงเรียนแพทย์ และร้อยละ 91.4 เคยพยายามเลิกสูบ แต่ก็ล้มเหลว ส่วนสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ ก็คือ ความเครียด แรงกดดัน และจากการโฆษณาชวนเชื่อ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา

ไอเซน และคนอื่น ๆ (Eisen and others. 1985: 186-208) ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยหลักสูตรในโปรแกรมสุขศึกษาเป็นไปตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อเน้นถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนเองหรือผู้อื่นจะตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงผลเสียหรือความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่อยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและลดการรับรู้ของวัยรุ่นที่มีต่ออุปสรรคในการคุมกำเนิด หรือการควบคุมการเจริญพันธุ์ ภายหลังการทดลองพบว่า การรับรู้ของวัยรุ่นสูงขึ้นในทุกๆด้าน และส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิมและความสม่ำเสมอของการใช้วิธีในการคุมกำเนิดในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50

เคริกพาทริก และวิลเลียม (Kirkpatrick and William. 1993 : 2697) ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ ต่อความรู้ เจตคติ ความคิดเห็น พฤติกรรมการป้องกันเอดส์ และ ความตั้งใจในการป้องกัน โรคเอดส์ ของนักศึกษาอาณัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อทราบความรู้ เจตคติ ความคิดเห็น และพฤติกรรมการป้องกันโรค ภายหลังจากให้โปรแกรมเอดส์แก่นักศึกษาภาคฤดูใบไม้ผลิ ปี1989 วิธีการรวบรวมข้อมูลมี 2 วิธี คือ วิธีแรก ใช้การแจกแบบสอบถามจากประชากรทั้งหมด 2,500 ราย สุ่มตัวอย่างมา 850 ราย โดยให้ส่งแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ วิธีที่ 2 รวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เดินทางออกมารับประทานอาหารกลางวัน อาหารเย็น ในวิทยาลัย จำนวน 257 ราย วิเคราะห์สถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์ (SAS) สถิติที่ใช้คือหาร้อยละ ความถี่ และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้ Analysis of Variance ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้ง 2 กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนความรู้สูงกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างในเรื่องของเจตคติและความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ และยังพบว่า 171 รายหรือร้อยละ 66.50 ของผู้

ตอบคำถาม เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศ 145 ราย ร้อยละ 51 เคยใช้ถุงยางอนามัย และสื่อแรกที่ทำให้
 ความรู้เรื่องเอดส์ คือ โทรทัศน์และวิทยุ

เคอร์ติส (Kirty. 1994 : 84) ศึกษาประสิทธิภาพของการอภิปรายกลุ่ม และคู่มือโอเพน
 เรื่องโรคเอดส์ โดยมีการทำแบบทดสอบก่อนทำกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ
 ความรู้โรคเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเห็นใจต่อผู้ป่วยเอดส์ แต่เพศ
 ชายมีการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในบ้านน้อยกว่าเพศหญิง และการอภิปรายกลุ่มพบว่า เพศหญิงยอมรับ
 ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า แต่มีเจตคติต่อโรคเอดส์ในทางลบ และพบว่าเพศชายและหญิงมีความเห็นว่า
 โรคเอดส์เป็นโรคของกลุ่มเกย์ และกลุ่มรักต่างเพศก็สามารถเป็นเอดส์ด้วยเช่นกัน พฤติกรรมเสี่ยง
 คือการมีเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องเอดส์สูงกว่าก่อนทดลอง

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรื

ชวนพิศ บุญยรัตเวช (2531:74) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรืในกลุ่มเด็กนักเรียน
 ชั้นมัธยม และนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,400 คน พบว่า มีนักเรียนชายสูบ
 บุหรืร้อยละ 45 นักเรียนหญิงสูบบุหรืร้อยละ 5 และเริ่มสูบบุหรืตั้งแต่อายุ 14 ปี ส่วนนักเรียนที่สูบ
 มากที่สุดประมาณ ร้อยละ 49 คืออายุ 17 ปี ซึ่งสูบบุหรืมานานกว่า 1 ปี และสูบทุกวัน ส่วนสาเหตุ
 ของการสูบบุหรื คืออยากทดลอง อยากแสดงความเป็นผู้ใหญ่ ตามเพื่อน ตามพ่อแม่ ดารา หรือ
 คนดัง และตามการโฆษณา

ศิริลักษณ์ จันทรวงศ์ (2532 : 71) ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่
 มีต่อการสูบบุหรื กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคกลางจำนวน 286 คน พบว่า นัก
 ศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรืขณะศึกษาต่างก็มีความคิดเห็นต่อการสูบบุหรืแตกต่างกัน และนัก
 ศึกษาที่มีระดับชั้นการศึกษาและลักษณะที่พักอาศัยต่างก็มีความคิดเห็นต่อการสูบบุหรืไม่แตกต่าง
 กัน

อรวิ ธนูประภัสร์ (2532 : 1-2) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรืในกลุ่มนักเรียนที่เป็น
 สมาชิกและไม่เป็นสมาชิกเพื่อนเพื่อเพื่อน เขตกรุงเทพมหานครจำนวน 480 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรื สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรืนั้น ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรืในช่วงวัยรุ่นตอนต้น

ศิริรัตน์ ทิพย์ธาดล และ คนอื่น ๆ (2533 : 25-26) ได้ทำการสำรวจประชามติเรื่องการ
 รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทุกกลุ่มอายุและอาชีพทั่วประเทศ รวม

133,200 คน ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสูบบุหรี่เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 49.4 : 7.4 และร้อยละ 89 มีความคิดเห็นถึงอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ และ มีส่วนน้อยที่ตระหนักถึงอันตรายแต่ก็ยังสูบบุหรี่อยู่ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่มีความรู้ถึงอันตรายของบุหรี่มากกว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่

กองระบาศาสนา (2534 : 33) ได้ทำการสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชนอายุ 5-25 ปี โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายจำนวน 14,988 คน พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 14.4 ปี เมื่อจำแนกรายได้ พบว่า เยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน ส่วนใหญ่มีรายได้จากผู้ปกครอง โดยอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามรายได้ที่ได้รับต่อเดือน

สาริณี พงษ์เจริญไทย (2534 : 102) ศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย ที่มีทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มทดลองมีทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชาติเชื้อ สุวรรณมุสิก (2535 : 73-74) ศึกษาเจตคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สังเกตการณ์สามัญศึกษา เขตการศึกษา 3 พบว่า นักเรียนหญิง และนักเรียนชายมีเจตคติต่อบุหรี่ในเชิงนิเสธ และตัวแปรที่ส่งผลให้เจตคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนแตกต่างกัน ก็คือ การศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและลักษณะที่พึงอาศัย

วิยะดา ดิลกวัฒนา (2537 : 4) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคสุโขทัย จำนวน 80 คน พบว่ามีนักศึกษาสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.2 โดยสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่นั้นเพราะอยากลอง ร้อยละ 66.8 ส่วนผู้ที่ชักจูงให้สูบบุหรี่เป็นครั้งแรกนั้น พบว่า สูบเองร้อยละ 44.5 จากเพื่อนร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ ร้อยละ 78.2 ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ร้อยละ 82.7 และไม่เชื่อว่าตนเองจะสามารถงดสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 74.5

รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์ (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยอันเนื่องมาจากสาเหตุภายในและสาเหตุภายนอกของผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-24 ปี ทั้งที่อยู่ในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และในตลาดแรงงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิค Stepwise Regression พบว่า

1. ทั้งกลุ่มบุคคลในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และกลุ่มบุคคลในตลาดแรงงาน ต่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกันต่างเห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากสื่อมวลชนในระดับใกล้เคียง แต่นักเรียนในระบบโรงเรียนมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลนอกโรงเรียนและบุคคลในตลาดแรงงาน และผู้ปกครองของกลุ่มบุคคลนอกโรงเรียนมีปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ปกครองของกลุ่มอื่น

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในระบบโรงเรียน ได้แก่ ปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องที่สูบบุหรี่ จำนวนคนในละแวกบ้านที่สูบบุหรี่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเอง ความวิตกกังวล และเจตคติต่อการสูบบุหรี่

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในระบบนอกโรงเรียน ได้แก่ จำนวนพี่น้องที่สูบบุหรี่ จำนวนคนในละแวกบ้านที่สูบบุหรี่ และเจตคติต่อการสูบบุหรี่

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในตลาดแรงงาน ได้แก่ จำนวนเพื่อนร่วมงานที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการเห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากสื่อมวลชนและเจตคติต่อการสูบบุหรี่

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษา

นีมอเน็ก ประภาสม (2533 : 87) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง จังหวัดแพร่ พบว่าหลังการดำเนินตามโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารอาหารไอโอดีนดีขึ้น และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พิพัฒน์ พุศรีนวล (2534: ก-ข) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอด ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น พบว่า

1. ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราภรณ์ ผู้พัฒน์ (2535 : 101-103) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการสัญจรไปมาระหว่างบ้านกับโรงเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดบัวขวัญ จำนวน 65 คน เป็นกลุ่มทดลอง และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดทางหลวงโพธิ์ทอง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

จำนวน 65 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ การอภิปราย การฝึกปฏิบัติ การกระตุ้นเตือน ผลจากการทดลองพบว่านักเรียนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เกตุดาว (2533 : 72-78) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลโครงการสุขศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับซัลดจักรยานยนต์ในกลุ่ม นักเรียนมัธยมปลายจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อให้เกิดความกลัว การสื่อสาร และกระบวนการกลุ่ม พบว่านักเรียนมัธยมปลายกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับซัลดจักรยานยนต์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

จุฑารัตน์ จุลรอด (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา สัดส่วนของนักศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่ได้หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา

สุวิทย์ พัฒนัมณี (2537 : 67-69) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับ และไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการทดลอง

สุชาดา สัทธรรม (2539 : 86-87) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังม่วง สัทธรรม จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุพรรณิ เหล่าจุมพล (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ ในกลุ่มแม่บ้านเขตชนบท อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นนั้นสามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของเอดส์ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ภรรยาที่ดี และพฤติกรรมการพูดคุยเรื่องเอดส์ของแม่บ้านกับสามี ยังส่งผลให้สามีของแม่บ้านกลุ่มทดลอง มีการรับรู้เรื่องเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่าสามีของแม่บ้านกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรณีย์ ช้างเสวก (2539 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน หลังการรักษาด้วยเลเซอร์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 44 คน หลังการทดลองพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของวิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$)

สุรศักดิ์ ช่วยบุญ (2539 : 92) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า

1.) หลังการทดลอง นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ เปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น โดยมีความรู้อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ เจตคติอยู่ในระดับดีมาก และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับดี

2.) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อภิชาติ ทรงบัณฑิตย์ (2539 : 134-137) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ จากการจรรยาบรรณของนักเรียนจำเล้าทหารขนส่ง กองทัพเรือ ภายหลังการทดลองพบว่า นักเรียนจำเล้าทหารขนส่ง มีความรู้เรื่อง อุบัติภัย และการป้องกัน การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุการจรรยาบรรณทางบก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ จากการจรรยาบรรณทางบก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุการจรรยาบรรณทางบก และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจรรยาบรรณทางบกสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจรรยาบรรณทางบกภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

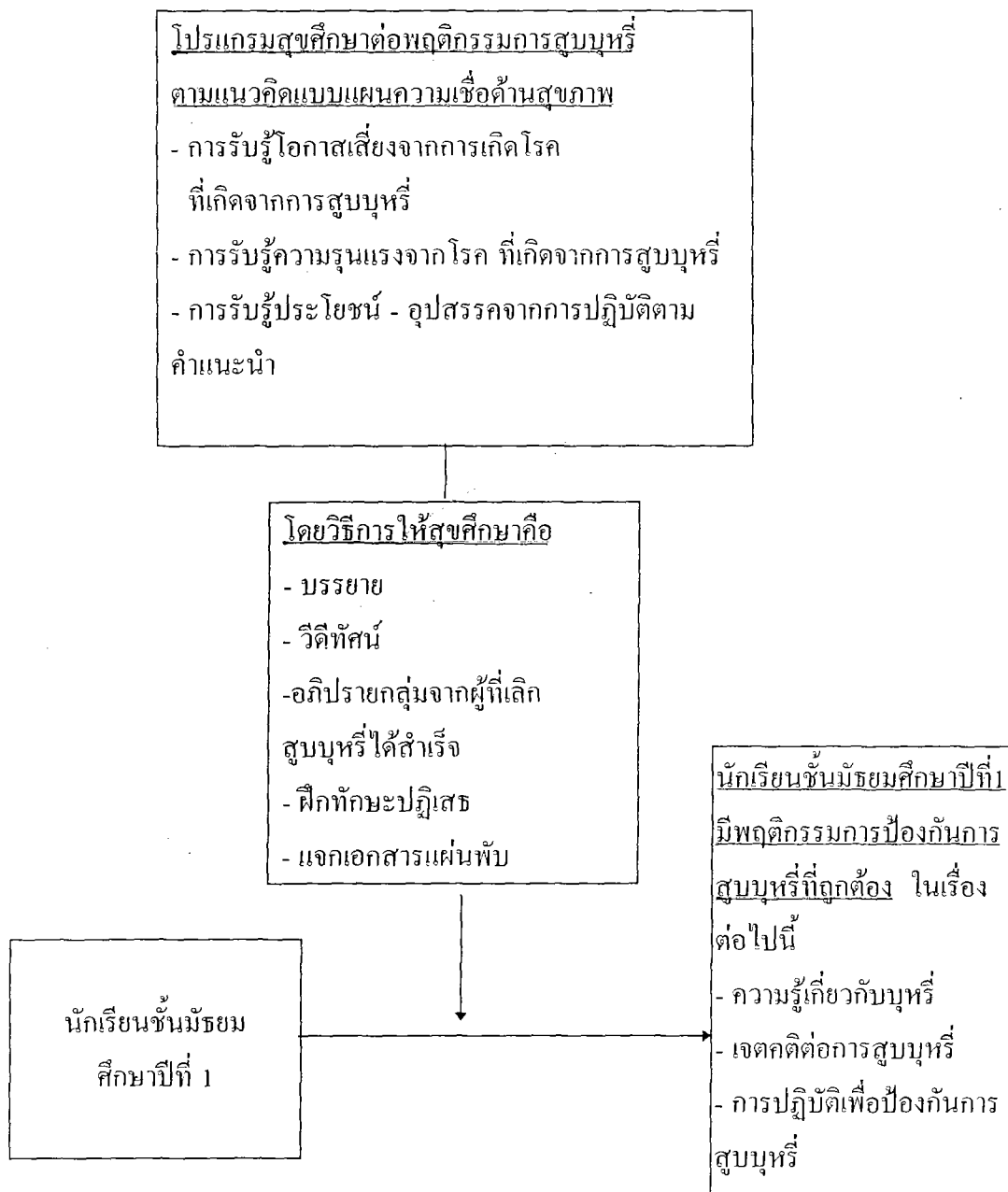
อัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดี และความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

รัตนา ดอกแก้ว (2539 : ก - ข) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่ โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นปีที่ 3 คณะบริหารธุรกิจ เอกการบัญชี จำนวน 81 คน ได้รับการพัฒนาทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ทักษะการปฏิเสธต่อรอง ทักษะการพัฒนาปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ผลการทดลองพบว่าทักษะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

พิมพ์ใจ บุญยัง (2540 : 141) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดนราธิวาสซึ่งประกอบด้วยทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธตามแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและกระบวนการกลุ่มพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่ลองเสพยาเสพติด ทักษะการแก้ไขปัญหาเผชิญกับแรงกดดันจากเพื่อน และทักษะการปฏิเสธเมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาเสพติด และพฤติกรรมในการป้องกันการเสพยาเสพติดดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ตลอดจนทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการทางสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ และสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง
2. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง
3. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง
4. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม
5. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม
6. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วิธีจัดกระทำกับข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2540 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2540 จำนวน 80 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คัดเลือกโรงเรียน 2 โรงเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านขนาดของโรงเรียนและสถานที่ตั้งจากโรงเรียนมัธยมในเขตจังหวัดราชบุรีจำนวนทั้งหมด 26 โรงเรียน ได้โรงเรียนบางแพปฐมพิทยา และโรงเรียนวัดดอนตูม

2. คัดเลือกห้องเรียนที่มีสัดส่วนของนักเรียนชายต่อนักเรียนหญิงใกล้เคียงกันได้นักเรียนห้องละ 40 คน

3. จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก ได้โรงเรียนบางแพปฐมพิทยาเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนวัดดอนตูมเป็นกลุ่มควบคุม

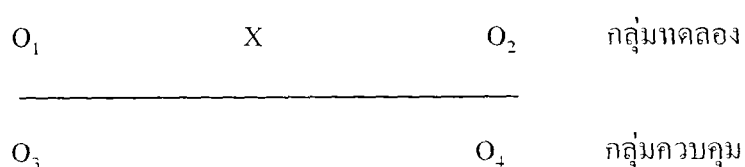
แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ได้รับแผนการทดลองโดยใช้โปรแกรมสอนสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยใช้แผนการทดลอง Pre - test Post - test Control group design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 67) ดังภาพประกอบ 7



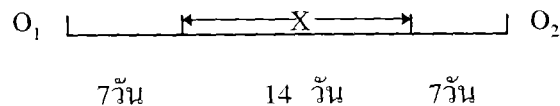
ภาพประกอบ 7 แบบแผนการทดลอง

โดยกำหนดให้

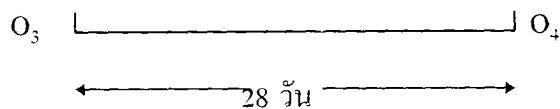
- X = โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- O₁ = การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง
- O₂ = การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง
- O₃ = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม
- O₄ = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

รูปแบบวิจัย

กลุ่มทดลอง



กลุ่มควบคุม



โดยกำหนดให้

O_1, O_3 คือการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี

เจตคติต่อการสูบบุหรี และทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี

X คือโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ครั้งคือ

การสอนสุขศึกษารายกลุ่มครั้งที่ 1 โดยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี และมีเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และประโยชน์อุปสรรค ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี โดยใช้อุปกรณ์การสอนคือ แผนการสอน และวีดิทัศน์

การสอนสุขศึกษารายกลุ่มครั้งที่ 2 ด้วยการจัดอภิปรายหมู่โดยตัวแบบจริงซึ่งประกอบด้วยแพทย์ นักดนตรี ผู้นำชุมชนที่สามารถเลิกสูบบุหรีได้เป็นผลสำเร็จ ในหัวข้อเกี่ยวกับความรุนแรง ผลดี ผลเสียของการสูบบุหรีวิธีการเลิกสูบบุหรีและความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์การสูบบุหรี

การสอนสุขศึกษาครั้งที่ 3 โดยการฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรีโดยวิทยากรพร้อมแจกเอกสารแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

O₂ O₄ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดผลการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ และประสบการณ์ในการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องบุหรี่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ วิธีการหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่ มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบถูก-ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในด้านทักษะการปฏิเสธ และเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดโปรแกรมสอนสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้สร้างแผนการให้สุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ เป็นแนวในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. ผู้วิจัยสร้างแผนการสอนสุขศึกษาเรื่องพิษภัยของบุหรี่แก่นักเรียนในกลุ่มทดลอง ใน การสอนครั้งที่ 1 โดยมีอุปกรณ์ประกอบการสอน คือ เอกสารประกอบคำบรรยาย วิดีทัศน์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ครอบคลุมแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรค ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2. กำหนดการอภิปรายหมู่โดยตัวแบบจริง ในการสอนครั้งที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย บุคคลต่างๆ ที่มีชื่อเสียงในสังคม และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ประกอบด้วย แพทย์ นักดนตรี ผู้นำชุมชน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรง ความสูญเสีย ความรู้สึก และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

3. การบรรยายเรื่องทักษะปฏิเสธ โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ในการสอนครั้งที่ 3

4. วิดีทัศน์ เรื่อง มวนสุดท้าย ผลิตโดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื้อหาประกอบด้วย สารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชน การปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

5. แผ่นพับเรื่องพิษภัยของบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่จากตำรา เอกสาร รวมทั้งทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือ จากตำราการวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุศึกษา

3. สร้างแบบทดสอบวัดความรู้ แบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเจตคติซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ด้านทักษะการปฏิเสธ แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ เมื่อสร้างเครื่องมือเสร็จแล้ว นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจ เพื่อปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ

4. ผู้วิจัยสร้างแผนการสอนและสร้างแผ่นพับเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัย โดยมีเนื้อหาครอบคลุม สารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ วิธีหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องบุหรี่ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสุศึกษา จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา

5. ผู้วิจัยนำวิดีโอทัศน์ เรื่อง มวนสุดท้าย ซึ่งผลิตโดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้ประธานและกรรมการพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการจัดโปรแกรมสุศึกษา

เกณฑ์การให้คะแนนและการประเมินคะแนน

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินผลในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของกระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2534 : 24)

- 10.40 -13.00 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100) หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก
- 9.10 -10.39 คะแนน (ร้อยละ 70 - 79) หมายถึง มีความรู้ระดับดี
- 7.80 - 9.09 คะแนน (ร้อยละ 60 - 69) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
- 6.50 - 7.79 คะแนน (ร้อยละ 50 - 59) หมายถึง มีระดับความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
- 0.00 - 6.49 คะแนน (ร้อยละ 0 - 49) หมายถึง มีระดับความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ

2. แบบสอบถามวัดเจตคติ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบ ดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน
- เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน
- ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน
- ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน
- เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน
- ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน
- ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

การประเมินค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การประเมินผล ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- 3.67 - 5.00 หมายถึง เจตคติสูง
- 2.34 - 3.66 หมายถึง เจตติปานกลาง
- 1.00 - 2.33 หมายถึง เจตคติต่ำ

3. แบบสอบถามวัดการปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูญบุหรืขึ้นอยู่กับคำตอบดังนี้

3.1 ถ้าเลือกตัวเลือกที่ปฏิเสธ โดยใช้คำพูดหรือท่าทีที่รักษาน้ำใจนุ่มนวลและบอกความรู้สึกของตนเอง ในความหวังใจต่อเรื่องนั้น ๆ โดยไม่อ้างเหตุผลของการปฏิเสธให้คะแนน 3 คะแนน

3.2 ถ้าเลือกตัวเลือกที่ปฏิเสธโดยไม่ใช้คำพูดหรือท่าทีที่รักษาน้ำใจ นุ่มนวล และบอกความรู้สึกของตนเองในความหวังใจต่อเรื่องนั้น ๆ โดยอ้างหรือไม่อ้างเหตุผลของการปฏิเสธให้คะแนน 2 คะแนน

3.3 ถ้าเลือกตัวเลือกที่ยอมรับการสูญบุหรื แต่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูญบุหรืได้ในโอกาสต่อไป ให้คะแนน 1 คะแนน

3.4 ถ้าเลือกตัวเลือกที่ยอมรับการสูญบุหรื และไม่มีโอกาสหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูญบุหรื ให้คะแนน 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

2.01 - 3.00 หมายถึง มีการปฏิบัติดี

1.01 - 2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติพอใช้

0.00 - 1.00 หมายถึง มีการปฏิบัติไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มี IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้ โดยหาสัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นถูกต้องกับจำนวนผู้ตอบทั้งหมด (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) แล้วเลือกข้อคำถามไว้ 13 ข้อ จากจำนวน 20 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.24 - 0.7

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .20 - .55 จำนวน 13 ข้อ

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) คัดเลือกข้อคำถามไว้จำนวน 24 ข้อ จาก 30 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .10 - .63

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการปฏิบัติ โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) คัดเลือกข้อคำถามไว้จำนวน 13 ข้อ จาก 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .20 - .69

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.1 แบบทดสอบวัดความรู้นำมาหาค่าเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson : K.R. 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่น .74

3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติและแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:132-133) แบบสอบถามวัดเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น .80 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียน บางแพปฐมพิทยา จำนวน 40 คนเป็นกลุ่มทดลอง และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนวัดคอนคูม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม

2. ทำการทดสอบก่อนการทดลอง (Pre - test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามวัดเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งโปรแกรมสุขศึกษาออกเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การบรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี่โดยผู้วิจัย และใช้อุปกรณ์การสอนคือ เอกสารประกอบคำบรรยาย แผ่นใส วีดิทัศน์ ในวันที่ 5 มกราคม 2541 เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 2 การจัดการอภิปรายหมู่ โดยตัวแบบจริง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ นักดนตรี ผู้นำชุมชน ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ ในวันที่ 12 มกราคม 2541 เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่โดยวิทยากร พร้อมแจก เอกสารแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในวันที่ 26 มกราคม 2541 เวลา 60 นาที

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post - test) โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2541

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาทำการตรวจให้คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมุติฐาน

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้อำนวยการ โรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามแผนการทดลอง
4. นำข้อมูลมาจัดกระทำ และวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 4 การดำเนินการให้สุศึกษาตามแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ลำดับ	วัน เดือน ปี	กลุ่ม	กิจกรรม
1.	5 มกราคม 2541	ทดลอง ควบคุม	- Pre - test
2.	12 มกราคม 2541	ทดลอง	- Pre - test - จัดโปรแกรมการสอนสุศึกษารายกลุ่มครั้งที่ 1 โดยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และมีเนื้อหา ครอบคลุมแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ - อุปสรรค ในการป้องกันโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยใช้อุปกรณ์การสอนคือ เอกสารประกอบคำบรรยาย แผ่นใส วีดิทัศน์
3.	19 มกราคม 2541	ทดลอง	- จัดโปรแกรมการสอนสุศึกษาครั้งที่ 2 ด้วยการจัดการอภิปรายหมู่ โดยตัวแบบจริง ซึ่ง ประกอบด้วยแพทย์นักดนตรีผู้นำชุมชน ที่สามารถ เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ ในหัวข้อเกี่ยวกับ ความรุนแรง ผลดี ผลเสียของการสูบบุหรี่ วิธีการ เลิกสูบบุหรี่ ความรู้สึกและประสบการณ์ในการ สูบบุหรี่
4.	26 มกราคม 2541	ทดลอง	- จัดโปรแกรมการสอนสุศึกษาครั้งที่ 3 โดยการฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่โดยวิทยากร พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับที่ผู้ วิจัยสร้างขึ้น
5.	2 กุมภาพันธ์ 2541	ทดลอง ควบคุม	- Post - test ภายหลังการทดลองในเรื่องความ รู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกัน การสูบบุหรี่

วิธีจัดการกับข้อมูล

หลังจากรวบรวมแบบทดสอบ และแบบสอบถามทั้งก่อนการทดลอง (Pre - test) และหลังการทดลอง (Post -test) แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนแบบทดสอบ และแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 , 2 และ 3 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Paired Simple t -test
4. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ,5 และ 6 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC + (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer Plus) กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ = 0.05 เป็นเกณฑ์การยอมรับสมมติฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

1.1 หาดัชนีความเที่ยงตรง โดยวิธีของโรบินเนลลีและแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124) จากสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
 $\sum R$ แทนผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 N แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 หาค่าความยากง่าย (P) ของแบบทดสอบความรู้จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2531 : 135-137)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทนค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
R แทนจำนวนผู้ตอบถูกแต่ละข้อ
N แทนจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

1.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์

ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทนค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ คำนวณประสิทธิภาพสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
 $\bar{Y}_p$ แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 $\bar{Y}_q$ แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
 S_y แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
P แทนค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นถูก)
q แทนค่า (1-P) ซึ่งคือสัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นผิด

1.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$R_{xy} = \frac{N\Sigma XY - \Sigma X\Sigma Y}{\sqrt{[N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ R_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ΣX = ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

ΣY = ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

ΣX^2 = ผลรวมกำลังสองของคะแนน X

ΣY^2 = ผลรวมกำลังสองของคะแนน Y

ΣXY = ผลรวมของผลคูณของคะแนน X คะแนน Y

1.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR₂₀) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) จากสูตร

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \cdot \frac{\left[s_t^2 - \sum pq \right]}{s_t^2}$$

เมื่อ r_{tt} แทนค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ

n แทนจำนวนข้อของแบบสอบถาม

p แทนค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นถูก)

q แทนค่า (1-P) ซึ่งคือสัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นผิด

s_t^2 แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

1.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ ในการวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทนจำนวนข้อ
 s_i^2 แทนคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 s_t^2 แทนคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

2. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 ค่าร้อยละ

2.2 หาค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) จากสูตรของเฟอร์กูสัน (Ferguson. 1981 : 49)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทนค่าคะแนนเฉลี่ย
 $\sum x$ แทนค่าผลรวมของคะแนน
 N แทนจำนวนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Paired Simple t - test) ของกลุ่มทดลองในการทดสอบสมมติฐานข้อ 1 , 2 และ 3 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 201)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n - 1}}}$$

$$\text{เมื่อ } df = n - 1$$

$$D = \text{ความแตกต่างระหว่างคะแนนรายคู่}$$

$$N = \text{แทนจำนวนคู่}$$

3.2. วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยนำข้อมูลมาคำนวณค่าสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS / PC + (Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer Plus) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 4, 5 และ 6

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทนค่าเฉลี่ย

SD แทนค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

t แทนค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบ t (t - distribution)

F แทนค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบ F (F - distribution)

SS แทนผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)

MS แทนค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)

DF แทนจำนวนค่าความอิสระที่คะแนนจะเปลี่ยนแปลงไป (Degree of freedom)

p แทนความน่าจะเป็น (Probability)

* แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS / PC+ Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer plus) มาวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพครอบครัว กิจกรรม ปัญหา บุคคลที่เป็นตัวแบบ และประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยค่าสถิติที (Paired Samples t - test) เสนอเป็นตารางเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2 และ 3

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรืโดยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วม(ANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 4,5 และ 6

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ สภาพครอบครัว กิจกรรม ปัญหา บุคคลที่เป็นตัวแบบ และประสบการณ์ในการสูบบุหรื ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	37.50	14	35.00
หญิง	25	62.50	26	65.00
รวม	40	100.00	40	100.00
บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยร่วมด้วย				
ทั้งบิดาและมารดา	27	67.50	22	55.00
บิดาหรือมารดา	6	15.00	8	20.00
ญาติ	7	17.50	8	20.00
อื่นๆ (วัด)	-	-	2	5.00
รวม	40	100.00	40	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง				
อ่านหนังสือ	29	72.50	18	20.00
เล่นกีฬา	21	52.50	23	57.50
ดูโทรทัศน์	33	82.50	26	65.00
เที่ยวเตร่	4	10.00	12	30.00
ฟังเพลง/เล่นดนตรี	13	32.50	11	27.50
นอนเล่น	4	10.00	4	10.00
ปลูกต้นไม้	2	5.00	-	-
ปัญหาในกลุ่มใจ				
การเรียน	25	62.50	21	52.50
ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ	8	20.00	19	47.50
การคบเพื่อน	13	32.50	6	15.00
ความสัมพันธ์	3	7.50	12	30.00
อื่นๆ	-	-	1	2.50
บุคคลที่นักเรียนขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา				
บิดา	6	15.00	3	7.50
มารดา	24	60.00	20	50.00
พี่/น้อง	1	2.50	3	7.50
เพื่อน	7	17.50	4	10.00
ครู/อาจารย์	2	5.00	2	5.00
ญาติ	-	-	4	10.00
ตัดสินใจเอง	-	-	4	10.00
รวม	40	100.00	40	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่นักเรียนยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตน				
บิดา	23	57.50	9	22.50
มารดา	27	67.50	22	55.00
เพื่อน	3	7.50	5	12.50
ญาติ	1	2.50	6	15.00
ครู/อาจารย์	17	42.50	16	40.00
คารา/นักร้อง	1	2.50	5	12.50
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่				
บิดา	23	57.50	20	50.00
มารดา	2	5.00	-	-
ญาติ	28	70.00	28	70.00
ครู/อาจารย์	2	5.00	4	5.00
เพื่อนสนิท	4	10.00	7	17.50
สาเหตุที่สูบบุหรี่				
เพื่อนชวน	3	42.86	5	41.67
กลุ่มใจ	-	-	2	16.66
โก้เก๋	1	14.29	-	-
อยากลอง	3	42.86	5	41.67
รวม	7	100.00	12	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน				
สูบบุหรี่	-	-	-	-
ไม่สูบบุหรี่	40	100.00	40	100.00
รวม	40	100.00	40	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 62.50 เพศชายร้อยละ 37.50 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.00 เพศชายร้อยละ 35.00

สภาพครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับบิดาและมารดาหรือร้อยละ 67.50 และร้อยละ 55.00 มีเพียงส่วนน้อยที่พักอาศัยอยู่กับญาติ คือ ร้อยละ 17.50 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 20.00 ในกลุ่มควบคุม

กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์มากที่สุดคือ ร้อยละ 82.50 รองลงมาคืออ่านหนังสือ ร้อยละ 72.50 ส่วนในกลุ่มควบคุมกิจกรรมส่วนใหญ่คือ ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือเล่นกีฬา ร้อยละ 57.50

ปัญหาที่ทำให้กลุ่มใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการเรียนมากที่สุดคือ ร้อยละ 62.50 และร้อยละ 52.50 ตามลำดับ ปัญหารองลงมาของกลุ่มทดลองคือ ปัญหาการคบเพื่อน ร้อยละ 32.50 ส่วนในกลุ่มควบคุม ปัญหารองลงมาคือปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 47.50

บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหากลุ่มใจ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะปรึกษามารดามากที่สุด คือร้อยละ 60.00 และ 50.00 ตามลำดับ รองลงมาคือปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 17.50 และร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

บุคคลในกลุ่มตัวอย่างใช้ยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนพบว่า กลุ่มตัวอย่างยึดมารดาเป็นแบบอย่างมากที่สุด คือร้อยละ 67.50 รองลงมาคือ บิดา ร้อยละ 57.50 ส่วนกลุ่มควบคุมยึดมารดาเป็นแบบอย่างมากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองคือร้อยละ 55.00 แต่รองลงมาคือครู/อาจารย์ ร้อยละ 40.00

บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีญาติสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ร้อยละ 70.00 เท่ากัน รองลงมาคือบิดา คิดเป็นร้อยละ 57.50 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 50.00 ในกลุ่มควบคุม

ประสบการณ์ในการสูบบุหรี่พบว่า ในกลุ่มทดลองเคยทดลองสูบบุหรี่จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 และไม่เคยสูบ 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 ส่วนสาเหตุที่สูบบุหรี่พบว่าเพราะเพื่อนชวน ร้อยละ 42.86 เท่ากับเพราะความอยากรลอง และเพื่อความโก้เก๋ ร้อยละ 14.29 ส่วนในกลุ่มควบคุมเคยทดลองสูบบุหรี่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และไม่เคยสูบ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนสาเหตุที่สูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่เพราะเพื่อนชวน ร้อยละ 41.67 เท่ากับเพราะความอยากรลอง ส่วนอันดับสุดท้ายคือมีปัญหาหลุ่มใจ คิดเป็นร้อยละ 16.66 และพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ก่อนทดลองกับหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	N	$\bar{X}$	SD	t	p
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	40	3.89	.41	1.98	.055
	หลังทดลอง	40	3.75	.46		
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	40	3.76	.68	-2.40*	.021
	หลังทดลอง	40	4.04	.29		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับดี คือคะแนนเฉลี่ย 3.89 และ 3.75 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่า เจตคติไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี คือคะแนนเฉลี่ย 3.76 และ 4.04 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่า เจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติต่ำกว่าหลังการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังทดลอง ด้วยค่าสถิติที (Paired Samples t - test)

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปีก่อนทดลองกับหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	N	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	t	p
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	40	48	5.75	2.19	.00	1.00
	หลังทดลอง	40	44	5.75	2.77		
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	40	48	6.30	2.71	- 6.34*	0.00
	หลังทดลอง	40	74	9.60	2.56		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปีกในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ คือคะแนนเฉลี่ย 5.75 คะแนนเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองก่อนการทดลองคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ (ค่าเฉลี่ย 6.30 คะแนน) หลังการทดลองคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 9.60 คะแนน) เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่าคะแนนความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปีก่อนการทดลอง

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติก่อนทดลองกับหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดลอง	N	$\bar{X}$	SD	t	p
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	40	2.46	.46	0.24	.810
	หลังทดลอง	40	2.44	.46		
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	40	2.45	.55	.10	.921
	หลังทดลอง	40	2.44	.43		

จากตาราง 8 แสดงว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดีคือคะแนนเฉลี่ย 2.46 และ 2.44 ตามลำดับเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่าการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มทดลองคะแนนการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี คือ คะแนนเฉลี่ย 2.45 และ 2.44 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าสถิติที (t - test dependent) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของคะแนนความรู้หลังการ
ทดลอง โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
Covariates	.241	1	.241	6.110 *	.016
Main Effects	1.736	1	1.736	43.913 *	.000
Explained	1.996	2	.998	25.247 *	.000
Residual	3.043	77	.040		
Total	5.039	79	.064		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าความรู้ก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์กับความรู้หลังการทดลอง
และสามารถใช้พยากรณ์คะแนนความรู้หลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
และความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มทดลอง จากตาราง 6 แสดงว่ากลุ่ม
ทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับ
โปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับบุหรืดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของคะแนนเจตคติหลังการทดลองโดยใช้คะแนนเจตคติต่อการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
Covariates	.510	1	.510	3.585	.062
Main Effect	1.852	1	1.852	13.017 *	.001
Explained	2.163	2	1.082	7.630 *	.001
Residual	10.955	77	.142		
Total	13.118	79	.166		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า เจตคติก่อนการทดลองไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติหลังการทดลอง และเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของกลุ่มทดลอง จากตาราง 7 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของคะแนนการปฏิบัติในการ
ป้องกันการสูบบุหรี่หลังการทดลองโดยใช้คะแนนการปฏิบัติก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
Covariates	1.940	1	1.940	11.185*	.001
Main effect	.000	1	.000	.000	.991
Explained	1.940	2	.970	5.593*	.005
Residual	13.353	77	.173		
Total	15.292	79	.194		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า คะแนนการปฏิบัติก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์กับคะแนนการปฏิบัติหลังการทดลอง และสามารถให้พยากรณ์คะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการปฏิบัติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสรุปผลได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้าน ความรู้ เจตคติ แต่ไม่มีประสิทธิผลด้านการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2540 โรงเรียนบางแพปฐมวิทยา และโรงเรียนวัดคอนตูม จำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือโรงเรียนบางแพปฐมวิทยา จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองและโรงเรียนวัดคอนตูมจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ บุคคลที่นักเรียนพักอาศัย ร่วมด้วย กิจกรรมในเวลาว่าง ปัญหากลุ่มใจ บุคคลที่นักเรียนยึดเป็นตัวแบบ และประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องบุหรี่ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และวิธีหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบถูก - ผิด จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบมีลักษณะทั้งทางบวก และทางลบ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple Choice) จำนวน 13 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม เรื่องบุหรี่กับสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย สารพิษในควันบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ประกอบการสอนคือ วีดิทัศน์เรื่อง " มวนสุดท้าย " ผลิตโดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบกรมการแพทย์ความยาว 15 นาที และแผ่นพับเรื่องบุหรี่กับสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 การอภิปรายหมู่โดยตัวแบบจริง ที่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จประกอบด้วย แพทย์ นักดนตรี และผู้นำชุมชนโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรุนแรง ความสูญเสีย ความรู้สึก ประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ เวลา 60 นาที

2.3 การบรรยายโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเรื่อง ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยเน้นให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ทำการทดสอบก่อนสอน (Pre - test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแผนที่กำหนด
3. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยทำการสอบ (Post -test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS/PC+ : Statistical Package for the Social Science Personal Computer Plus) ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยทดสอบค่าสถิติที (Paired Samples t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2 และ 3

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วม(ANCOVA)เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4,5 และ 6

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับบุหรืดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรืดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรืไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง
4. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับบุหรืดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรืดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสอนตาม โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรืไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษา

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การสูบบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายเป็น 3 ประเด็นดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรื ผลการวิจัยพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 6.30 คะแนน) หลังการทดลองคะแนนความรู้ อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 9.60 คะแนน) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรืพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่านักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

มีความรู้เกี่ยวกับบุหรีดีกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับบุหรีดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสุรศักดิ์ ช่วยบุญ (2539 : 92) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล และสอดคล้องกับอภิชาติ ทรงบัณฑิต (2539 : 134 - 137) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการอุบัติภัยจากการจราจรทางบก ของนักเรียนจำเล้าทหารขนส่งกองทัพอากาศและสอดคล้องกับการศึกษาของกัมไลรัตน์ เย็นสุจิต (2534 : ข) ; อันธิมา ของคำ (2535 : ก - ข) และจุฑารัตน์ จุลรอด (2536 : ข) ที่ได้ศึกษาวิธีการให้สุขศึกษา เพื่อการงดสูบบุหรี่ในรูปแบบต่าง ๆ ของนักเรียนนักศึกษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอัปสร ศรีงาม (2540 : 97) ที่พบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา สตรีตั้งครรภ์และสามีในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับบุหรีตามหลักสูตรมัธยมศึกษาปีที่ 1 เนื้อหาถูกบรรจุไว้แบบผสมผสาน โดยสอดแทรกอยู่ในกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต ซึ่งนับว่าน้อยมาก นอกจากนั้นความรู้จากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโทรทัศน์ที่เด็กส่วนใหญ่ชอบดูเมื่อมีเวลาว่าง (จากตาราง 5) รวมทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ร่วมกันรณรงค์เพื่อให้ประชาชนทราบถึงอันตรายจากบุหรีก็เป็นเพียงความรู้ทั่วไป เนื้อหาไม่ลึกซึ้งมาก จึงทำให้ความรู้ก่อนการทดลองของนักเรียนอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ แต่ภายหลังการทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ มีการเตรียมการสอน และการวางแผนการสอนอย่างมีขั้นตอนโดยกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เลือกเนื้อหาและกิจกรรม สื่อการเรียนการสอน ตลอดจนแนวทางในการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2525 : 126) ที่กล่าวว่า การสอนสุขศึกษาที่จัดให้มีบันทึกการสอน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาการจัดโปรแกรมในการเรียนรู้ ซึ่งได้แก่การจัดกิจกรรมการสอน อุปกรณ์ และการประเมินผล จะช่วยให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์ จัดกิจกรรมการอภิปรายหมู่โดยตัวแบบ เพื่อให้ นักเรียนได้รับรู้ประสบการณ์ตรงจากตัวแบบ แจกเอกสารแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ตลอดจนการจัดสถานที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนการสอน และส่งผลให้นักเรียนเกิดความพึงพอใจ เกิดความเข้าใจได้ถูกต้อง สอดคล้องกับสุริย์ จันทรมล (2527 : 5) ที่กล่าวว่า การเรียนการสอนที่ผ่านสื่อประสาททั้ง 5 จะมีผลทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ จำได้ ประทับใจพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ และยังสอดคล้องกับ วิลเบอร์ แชรรมปี และคนอื่นๆ (ทศพร บุญลือ 2533 : 109 ;

อ้างอิงมาจากวิลเบอร์ แชมป์และคนอื่น ๆ. 2514 : 20) ที่กล่าวว่า การใช้สื่อประกอบการสอนในรูปสื่อผสม จะได้ผลดีกว่าการใช้สื่ออย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

2. ด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนการทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76) และหลังการทดลองคะแนนเจตคติอยู่ในระดับดีเช่นกัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.04) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลองและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนเจตคติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเมมมอน (Maymon. 1984 : 222) กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ (2534 : ข) ; อันธิมา จงคำ (2535 : ก-ข) และ จุฑารัตน์ จุสรอด (2536 : ข) ที่ได้ศึกษาวิธีการให้สุขศึกษาเพื่องดการสูบบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ ในนักเรียนนักศึกษาพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับ อัปสร ศรีงาม (2540 : 97) ที่พบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสตรีตั้งครรภ์และสามีในกลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปิ่น โก (2540 : 97) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนเพื่อป้องกันพฤติกรรมการเสพยาบ้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในด้านเจตคติทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยบนเทคโนโลยีทางด้านข้อมูลข่าวสารเป็นไปด้วยความรวดเร็ว อีกทั้งยังมีหน่วยงานทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ ที่มีต่อร่างกาย เช่น สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทำให้นักเรียนได้รับความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างทั่วถึง และส่งผลต่อแนวความคิด ความเชื่อ และค่านิยมที่มีต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี อีกทั้งผู้วิจัยได้จัดการอภิปรายหมู่ โดยใช้ตัวแบบจริง ได้แก่ นายแพทย์ นักดนตรี และปลัดอำเภอ ซึ่งเป็นผู้นำชุมชนที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ ได้อธิบายและพูดคุยถึงสาเหตุในการสูบบุหรี่ ความรุนแรง ความรู้สึกและสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จจากประสบการณ์ที่ได้รับมา เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้นักเรียนกลุ่มทดลองตระหนักถึงผลดี ผลเสียของการสูบบุหรี่ ซึ่งการเชิญวิทยากรมาบรรยายนี้ นักเรียนจะเข้าใจและเกิดเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพเพราะวิทยากรเหล่านี้มีอิทธิพลต่อนักเรียนทั้งทางตรงและทางอ้อมในการเป็นแบบอย่างที่ดี (พรสุข หุ่นนิรันดร์. 2534 :

119) ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือสูงทางด้านสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยึดมารดาเป็นตัวแบบในการปฏิบัติตนและปรึกษาเมื่อมีปัญหาหากลุ่มใจ ถึงร้อยละ 67.50 (จากตาราง 5) และมารดาเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ทำให้กลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี

3. ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.45) และใกล้เคียงกับคะแนนปฏิบัติหลังการทดลอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.44) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสุพรรณิ สฤทธอภีรักษ์ (2536 : ข) ที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจมาเป็นกรอบในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายชั้นปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี และสอดคล้องกับอภิชาติ ทรงบัณฑิต (2539 : 148) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสวัสดิกศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการอุบัติการณ์การจราจรทางบกของนักเรียนจำแลงทหารขนส่ง แต่ไม่สอดคล้องกับรัตนาคอกบัว (2539 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดแพร่ และการศึกษาของพิมพ์ไฉบุญยัง (2540 : 144) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่กล่าวว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุพรรณ รุจิรัตน์ (2536 : ข) ที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายชั้นปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของซาลลิสและคนอื่นๆ (Sallis and others. 1990 : 489 - 503) ; พิสมัย สุขอมรรตน์ (2540 : 118) และพิมพ์ไฉบุญยัง (2540 : 141) ที่ประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่สอดคล้องกับสุชาดา สัทธรรม (2539 : 88) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับสุรศักดิ์ ช่วยบุญ (2539 : 92) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นผู้วิจัยได้นำทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมทักษะชีวิตที่นำมาประยุกต์ใช้ในการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่และสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้นำมาทดลองใช้ ในสถานศึกษา ในรูปแบบของโครงการต่างๆ เช่นโครงการเพื่อนเตือนเพื่อน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน อาจมีนักเรียนบางคนเคยได้รับการฝึกทักษะปฏิเสธมาก่อนแล้ว และมีความรู้เรื่องทักษะ ปฏิเสธดีพอสมควร ทำให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 67.50 และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใน ปัจจุบัน เป็นผลให้คะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนเรื่องการเรียนรู้ ทักษะการปฏิเสธนั้น มีขั้นตอนในการสอนโดยเน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม โดยประกอบด้วยสอง ขั้นตอนหลักคือ ขั้นรู้ชัดเห็นจริง และขั้นลงมือกระทำ (กรมอนามัย : 2539) ซึ่งต้องอาศัยเวลานานก พอสมควรในการเรียนรู้จึงจะทำให้เกิดขั้นตอนดังกล่าว แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เชิญวิทยากร ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องทักษะการปฏิเสธมาบรรยายโดยใช้เวลาเพียง 60 นาที ซึ่งอาจจะน้อยเกินไป อีกทั้งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานและต้องมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาและการติดตามต่อเนื่อง จึงส่งผลให้การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการปฏิบัติจะมีความรู้และเจตคติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้นักเรียนมีการ ปฏิบัติตน แต่ยังมีองค์ประกอบอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนเช่นสถานภาพ ของบุคคล กลุ่มสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม กฎหมาย และกฎระเบียบ (พัฒน์ สุขจันทร์. 2522 : 80-82) ถ้าองค์ประกอบเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างหรือไม่มีการปรับเปลี่ยนก็อาจทำให้ไม่ พบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติได้และสอดคล้องกับความคิดเห็นของประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526 : 9) ที่ว่า เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็น สาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติตนเช่นเดียวกับการปฏิบัติตนของบุคคลไม่ ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากวิถีการครองชีวิต (Norms) นิสัย (Habits) ค่านิยม หรือสิ่งที่คาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่การ อธิบายเหตุผลโดยตัวแบบ การสอนเรื่องทักษะปฏิเสธและแจกเอกสารแผ่นพับเพื่อการกระตุ้นความ ทรงจำ ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีความรู้ และเจตคติต่อการสูบบุหรี่ดีขึ้น แต่ไม่มี ประสิทธิภาพในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อน และหลังการทดลอง จึงควรปรับปรุงกิจกรรมสุขศึกษา ที่จะนำไปสู่การปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษพบว่าเด็กนักเรียน ร้อยละ 40.00 ยึดครู อาจารย์ เป็นตัวแบบในการปฏิบัติตน ฉะนั้นจึงควรพัฒนาครู/อาจารย์ ให้เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่

3. สถานศึกษาควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ปลูกฝังเจตคติ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาที่น้อยเกินไปที่จะให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะปฏิเสธที่จะพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ จึงควรขยายระยะเวลาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสม และมีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถาวรต่อไป

2. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้ขยายกว้างขึ้นในหลายๆ โรงเรียน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เพื่อผลในการวิจัยที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. ควรนำทฤษฎีทางสังคม เช่น ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีแรงจูงใจ มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หามงกุฎราชวิทยาลัย, 2533.
- กำไลรัตน์ เย็นสุขจิต. ประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่
ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้นกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ขนิษฐา ธรรมเนียม. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่อ
พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ.2535 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- ควบคุมการบริโภคยาสูบ, สำนักงาน. “ผลของควันบุหรี่ต่อสุขภาพเด็ก,” จดหมายข่าวบุหรี่และ
สุขภาพ. 7; ตุลาคม - พฤศจิกายน 2535.
- โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, มูลนิธิหมอชาวบ้าน. เพื่อสังคมปลอดบุหรี่. 18 ; 2535.
- โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. “บุหรี่กับชีวิต,” ข้อมูลเพื่อการรณรงค์สร้างสรรค์คนรุ่นใหม่
ที่ไม่สูบบุหรี่ ม.ป.ป.
- จิราภรณ์ ผู้พัฒน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภ้ยในการสัญจร
ไปมาระหว่างบ้าน และโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดนนทบุรี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จุฑารัตน์ จุลรอด. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
ในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ชวนพิศ บุญยะรัตเวช. “โทษของการสูบบุหรี่,” วารสารโรคมะเร็ง. 11 ; เมษายน - มิถุนายน 2528.
บทบรรณาธิการ.
- _____. “นักเรียนกรุงเทพมหานครเกือบครึ่งสูบบุหรี่,” หมอชาวบ้าน. 7 (9) : 74 ; กันยายน
2531.
- ชาติเชื้อ สุวรรณมุสิก. เจตคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัด
กรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 3. ปรียัญญานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. 2535. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

- คารณี เกตุอุไร. สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2533.
- ทศพร บุญลือ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ชนวรรณ อิ่มสมบุญ. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 15(4) : 11-15; ตุลาคม-ธันวาคม 2532 .
- ธีระ ลิ้มลีลา. บุหรี่และภาวะสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- _____. “อันตรายจากบุหรี่,” สุขภาพ. 11(4) : 24-28 ; ตุลาคม 2526.
- นิมมอนงค์ ประภาสม. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันและการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด การพิมพ์พระนคร, 2527.
- ประกิต วาทีสารกกิจ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มเสพติดบุหรี่,” ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องการจัดตั้งคลินิกกอดบุหรี่. หน้า 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- _____. วันนี้! วันงดสูบบุหรี่โลก, เฉลิมนิทัศน์. 31 พฤษภาคม 2540. หน้า 7.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. เจตคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 3 _____ พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- _____. และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.
- ประสงค์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช. “สารก่อมะเร็งในยาสูบ,” วารสารโรคมะเร็ง. 12 : 159 ; ตุลาคม-ธันวาคม, 2529.
- ประสาร ทิพย์ธารา. พัฒนาการเด็กและการอบรมเลี้ยงดู. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แพรววิทยา, 2532.

ประเสริฐ ดันสกุล. "ยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตเพื่อการพัฒนาบุคลิกภาพเยาวชน," ใน รายงานการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางการนำยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตมาใช้ในการป้องกันยาเสพติด. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2538.

ปิ่น โค. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันยาสูบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

พรสุข หุ่นนิรันดร์. การจัดและบริหารสวัสดิศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531.

พิพัฒน์ พุศรีนาว. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

พิมพ์ใจ บุญยัง. การเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.

พิศมัย สุขอมรัตน์. การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

พัชรี วรกวิน. จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช, 2526.

พัฒน์ สุจางค์. บุหรีมีพิช - ชีวิตเป็นภัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.

_____. สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.

ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. "การสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติด," ใน รายงานการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางการนำยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตมาใช้ในการป้องกันยาเสพติด. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2538.

ระบาควิทยา, กอง. การสำรวจความสุขของการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

รวมพร นาคะพงศ์. ประสิทธิผลของการจัดประสบการณ์ตรงในโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถานันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :

อักษรเจริญทัศน์, 2531.

รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์และวรุณฯ แหยมแสง. การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่. กรุงเทพฯ : 2539. อัดสำเนา.

รัตนา ดอกแก้ว. ผลของการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

วิเชียร เกตุสิงห์. "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็อาจพลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 8 (3) : 9 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.

วิฑูร แสงสิงแก้ว "ก้าวทันโลก," กระแสรวงสารานุกรม. 12 (5) : 4 ; พฤษภาคม 2537.

วิยะดา ดิลกวัฒนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

วันเพ็ญ ทาราศรี. ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ศิริพร เกตุดาว. ประสิทธิผลโครงการสุขศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับซึรดจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ศิริลักษณ์ จันทรรก. ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีต่อการสูบบุหรี่. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล และคนอื่น ๆ. ใน รายงานการวิจัยเพื่อสำรวจประชามติเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. หน้า 22-26. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2533.

ศรีนครินทรวิโรฒ, มหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์ และปริญญานิพนธ์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2534.

ศรีสุภรณ์ รุจิรวัฒน์. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำปาสักการ กองทัพเรือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

ศึกษาธิการ, กระทรวง. คู่มือการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น

พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). กรุงเทพฯ : ศุภสภาลาดพร้าว, 2534.
สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. ใน รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ 2539. กรุงเทพฯ
สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “การสูบบุหรี่และโรคมะเร็ง,” สุขภาพ, 2(3) : กรกฎาคม - กันยายน
2522.

_____. “พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2534.

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และความรับรู้บทบาทของพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
อัคราณา.

สาธารณสุข, กระทรวง. คู่มือเรื่องการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์. นนทบุรี : กรม
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. อัคราณา.

สาริณี พงษ์เจริญไทย. ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัคราณา.

สิริศักดิ์ ภูมิพัฒน์. “ยาสูบและบุหรี่,” วารสารสุขภาพ. 16 : 46 - 52 ; มกราคม 2531.

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2533.

สุชาดา สัทธรรม. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง
ของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังมั่งงักธรรม
อำเภอวังมั่งงัก จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัคราณา.

สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุพรรณิ สฤกษ์อภิชัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน
ชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัคราณา.

สุพรรณิ เหล่าจุมพล. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อ
ป้องกันเอดส์ในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัคราณา.

- สุภา มาลากุล. "จิตวิทยาของการสูบบุหรี่," ในเอกสารสัมมนาเรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย. 2526.
- สุรณีย์ ช้างเสวก. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการจัดกิจกรรมผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านหลังการรักษาด้วยเลเซอร์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อุดลำนนา.
- สุรศักดิ์ ช่วยบุญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อุดลำนนา.
- สุรีย์ จันทรมโนลี. วิธีการทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2527.
- สุวิทย์ พัฒนัณณิ. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อุดลำนนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- หมอชาวบ้าน, มูลนิธิ. "รัฐต้องออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่," ใน โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. หน้า 1 - 5. กรุงเทพฯ : สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.
- หทัย ชิตานนท์. "การได้รับควันบุหรี่โดยมิได้สูบบุหรี่," ข่าวสารงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. 2 (3) : 1 - 3 ; มิถุนายน 2534.
- อภิชาติ ทรงบัณฑิต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมกำป้องกันอุบัติเหตุการจราจรทางบกของนักเรียนจำเหล่าทหารขนส่งกองทัพอเรือ. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อุดลำนนา.
- อรรถพร หุ่นดี. สารพันอันตรายจากบุหรี่และวิธีเลิก. กรุงเทพฯ : อักษราพิพัฒน์, 2531.
- อรวี ชนนพประภัสร์. วิจัยร่นกับการสูบบุหรี่ : ศึกษาเฉพาะกรณีกลุ่มเพื่อนเพื่อเพื่อนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532. อุดลำนนา.

- อรัญญ์ ลิ้มตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อัญญา เชาว์ประยูร. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมงดสูบบุหรี่และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน ค่ายดาราภิรมย์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- อัญชลี จุติดำรงพันธ์. การประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- อันธิดา จงคำ. เปรียบเทียบประสิทธิผลการเรียนการสอนแบบใช้ปัญญาเป็นหลักและการเรียนการสอนแบบปกติเรื่องบุหรืกับสุขภาพ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสันป่าตองวิทยาคม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อัปสร ศรีงาม. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีตั้งครรภ์และสามีในโรงพยาบาลราชวิถี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- Andrew, R.. and Hearne. "Effects of Primary Grader Health Curriculum Project on Students and Parent Smoking Attiude and Behavior," Journal of School Health. 12 (54) : 18 - 20 ; January, 1984.
- Bandura, Albert. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, 1977.
- Becker, Marshal H. and Lois A. Maiman. Social Behavioral Determinants of compliance with Health and Medical Care Recommendations. p.10-18. Medical Care, 1975.
- Bloom, Benjamine S. Toxonomy of Educational Objectives, Handbook I Cognitive Domain. New York : David Mackay Company, Inc, 1975.
- Castrol, Felipe G. and others. "A Multivariation Model of the Determination of Cigarette Smoking Among Adolescents," Journal of Health and Social Behavior. 28 : 273 - 289 ; September, 1987.

- Dilorenzo, Doi. " An Evaluation of Tobacco Use Education - prevention Program,"
Department of Psychology. 1993.
- Doherty, K. Competency as an Indicator of Smoking Status : Specific Skills Versus Global Abilities. University of New Orleans , 1987.
- Eisen, M; G.Z. Zellman. and MC. Alister A.L.. " A Health Belief Model to Approach to Adolescents Fertilities Control : Some Pilot Program Finding ," Health Education Quarterly. 185 - 210 ; 1985.
- Elder, P. Pervention of Tobacco Use Among Adolescents in Public Schools in San Diego Country,U.S.A. p. 24-29. Soz - Praventived, 1989.
- Ferguson, Geoge. A. Statistical Analysis in Psychology and Education 5th ed. Tokyo : Mc Graw Hill, 1981.
- Ismail Yaacob. Smoking Behavior, Knowledge and Opinion of Medical Students. p. 88-91. Asia - Pacific Journal of Publie Health, 1994.
- Kirkpatrick and William Randall. The Influence of an AIDS Awareness Program on Knowledge, Attitudes, Opinions, Behaviors, and Behavioral Infections of College Students. EDD. University of Arkansas, 1993.
- Kirlyty, Shelly Anne. The Effective of Pretesting and Group Discussion on Reacion to an AIDS Education Videotape. MSC. Canada : Memorial University of Newfoundland, 1994.
- Kirscht, John and P. Cobb. "The Health Belief Model and Illness Behavior," Health Education Monographs. 1974.
- Krohn, Marvin D. and others. "Social Bonding Theory and Adolescent Cigarette Smoking : A Longitudinal Analysis," Journal of Health and Social Behavior. 337 - 349 ; 1983.
- Mayman, T. "Effectiveness Evaluation of the Modified Smoking an Cigarette Smoke,"
Curriculum : Smoking Behavior Attitudes and Values Health Education. Georgia : State University, 1984.
- Roger E.M. Diffusion of Innovation. 3rd. New York : Free Press, 1962.
- Sallis, F. and others. " Assessing Skill for Refusing Cigarette SmokelessTobbacco," Journal of Behavior medicine. 13(4) : 489-503 ; May, 1990.

- Schwartz, Nancy E. "Nutrition knowledge, Attitude and Practice of High school Graduated," Journal of The America Dietetic Association. 66 : 25 - 31; January, 1975.
- Thurstone, L.L. Theory and Measurement. New York : John Wiley and Sons Inc, 1976.
- Zimbardo, Phillip and others. Influenzing Attitude and Changing Beharvior. London : Addison, Wesley Publishing Company, 1977.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- หนังสือขอความอนุเคราะห์
- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญและวิทยากร

ที่ ทม 1007/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

6 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางวรรณฯ สาริยาชีวะ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อทำปริญญา
 นิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อาจารย์เรือโทไพบูลย์ อ่อนมั่ง

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอกความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ พ.ญ.วาสนา พัฒนกำจร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบ
 สอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
 ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว ประสานมิตร โทร. 5644

ที่ ทม 1007/5017

วันที่ 6 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวรรณา สาริยาธิวัะ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
ศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญา
นิพนธ์ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาศาสตร์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มี
ต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อาจารย์เรือโทไพบุลย์ อ่อนมั่ง

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ผศ.ดร.อรพินทร์ ชูชม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบ
สอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตวิทยาลัย

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร

คุณหญิงนิจ อ่อนกุล

ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที

ดร. อรพินทร์ ชูชม

ผู้อำนวยการสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ 8 กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

ศึกษานิเทศน์ สำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดราชบุรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

รายชื่อวิทยากร

นายแพทย์ศุภชัย ไพบูลย์ผล

คุณอนอมพล ดอนไพรวัน

คุณทวีป สาสีติด

คุณจริยา อภิรักษ์อำภา

นายแพทย์ 7 กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี

ปลัดอำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี

งานเวชนิทัศน์และโสตฯ ฝ่ายวิชาการ

โรงพยาบาลราชบุรี

อาา ิพนโพธาวัฒนาเสนี

อำเภอ ังหวัดราชบุรี

ภาคผนวก ข

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม

เรื่อง

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธบุหรี่ คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของนักเรียนแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งในการนำไปปรับปรุงกิจกรรมต่างๆที่ใช้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโอกาสต่อไป

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่	จำนวน	24	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่	จำนวน	13	ข้อ
	รวม	61	ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากนักเรียน ในการตอบแบบสอบถามทุกข้ออย่างสมบูรณ์ โดยแสดงความคิดเห็นให้ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด และขอขอบคุณนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

(นางวรรณฯ สาริยาชีวะ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เลขที่แบบสอบถาม
แบบสอบถามครั้งที่

ส่วนที่ 1

เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง

โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ และขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()
หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันนักเรียน อายุ.....ปี (ระบุจำนวนเต็มของอายุ)
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร
 () ทั้งบิดาและมารดา () เพื่อน
 () บิดาหรือมารดา () คนเดียว
 () ญาติ โปรดระบุ..... () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. กิจกรรมที่นักเรียนทำในเวลาว่างจากการเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () อ่านหนังสือ () ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี
 () เล่นกีฬา () นอนเล่น
 () ดูโทรทัศน์ () ปลูกต้นไม้
 () เที่ยวเตร่ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ในชีวิตประจำวันนักเรียนมีปัญหาสนใจเรื่องอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () การเรียน () การคบเพื่อน
 () ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 () ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว

6. เวล่านักเรียนมีปัญหา หรือไม่สบายใจ นักเรียนมักจะปรึกษาใครเป็นคนแรก
- | | |
|--|--|
| ☐ บิดา | ☐ ครู / อาจารย์ |
| ☐ มารดา | ☐ ญาติ โปรรุ่น..... |
| ☐ พี่ หรือ น้อง | ☐ ไม่ปรึกษาใครเลย ตัดสินใจเอง |
| ☐ เพื่อน | ☐ อื่น ๆ โปรรุ่น..... |
7. บุคคลที่นักเรียนประทับใจและต้องการยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ บิดา | ☐ ญาติ โปรรุ่น..... |
| ☐ มารดา | ☐ ครู / อาจารย์ |
| ☐ เพื่อน | ☐ ดารา / นักร้อง |
8. มีบุคคลใกล้ชิดซัดนักเรียนคนใดบ้างที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--------------------------------|--|
| ☐ บิดา | ☐ ครู / อาจารย์ |
| ☐ มารดา | ☐ เพื่อนสนิท |
| ☐ ญาติ | ☐ อื่น ๆ โปรรุ่น..... |
9. นักเรียนเคยทดลองสูบบุหรี่หรือไม่
- | | |
|------------------------------|---|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 11) |
|------------------------------|---|
10. สาเหตุที่ทำให้นักเรียนทดลองสูบบุหรี่
- | | |
|--|---|
| ☐ เพื่อนชวน | ☐ เพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ |
| ☐ กลุ้มใจเรื่องคนในครอบครัว | ☐ มีปัญหาเรื่องการเรียน |
| ☐ เลียนแบบศิลปิน | ☐ สูบตามเพื่อน |
| ☐ เพื่อความโก้เก๋ | ☐ อยากลองด้วยตนเอง |
11. ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่หรือไม่
- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ สูบ | ☐ ไม่สูบ |
|------------------------------|---------------------------------|

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่นักเรียนเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของ
นักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	ไม่ใช่
1. นิโคตินในควันบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่			
2. ไฮโดรเจนไซยาไนด์เป็นสารพิษชนิดหนึ่งในควันบุหรี่.....			
3. คาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ.....			
4. ทาร์ในควันบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง.....			
5. การสูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดตีบ.....			
6. การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดอุดตัน.....			
7. การสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพอง.....			
8. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....			
9. ไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคือง.....			
10. หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีโอกาสแท้งและคลอดก่อนกำหนด.....			
11. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร.....			
12. การใช้เวลาว่างโดยทำงานอดิเรกหรือเล่นกีฬาสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ได้ดีที่สุด.....			
13. มาตรการที่ดีที่สุดในการป้องกันการสูบบุหรี่คือการให้ความรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย....			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือ
ความเชื่อของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าตัวตายแบบ ผ่อนส่ง.....					
2. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย...					
3. การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แม้แต่แพทย์บางคนก็ยังสูบ.....					
4. การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ได้.....					
5. ควันบุหรี่มีกลิ่นเหม็น.....					
6. ควันบุหรี่ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพของ บุคคลข้างเคียง.....					
7. การสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่น ในตนเอง.....					
8. การสูบบุหรี่ในระยะเริ่มแรกจะไม่ใช่ อันตรายต่อร่างกาย.....					
9. การสูบบุหรี่ช่วยลดความอ้วนได้.....					
10. การสูบบุหรี่เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีใน สังคมปัจจุบัน.....					
11. บุหรี่เป็นเพื่อนที่ดีในยามเหงา.....					
12. ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ.....					
13. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนในกลุ่มขม ขอมรับ.....					
14. การถวายบุหรี่แด่พระภิกษุสงฆ์ เป็นบาป.....					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15. การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเพื่อแสดงความเป็นชาย.....					
16. การสูบบุหรี่ให้ผลดีมากกว่าผลเสีย....					
17. การสูบบุหรี่ช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพให้ดีขึ้น.....					
18. การสูบบุหรี่เป็นที่ยอมรับในสังคมปัจจุบัน.....					
19. นักเรียนที่สูบบุหรี่ควรถูกลงโทษ.....					
20. การให้เพื่อนยืมเงินเพื่อซื้อบุหรี่ถือว่าเป็นคนที่มีจิตใจเอื้อเฟื้อต่อแม่.....					
21. ถ้าผู้ใหญ่ส่งบุหรี่มาให้เด็ก เด็กควรรับเพื่อไม่ให้เสียมารยาท.....					
22. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิ์เรียกร้องให้ผู้อื่นหยุดสูบบุหรี่เพื่อให้ตนไม่ได้รับอันตรายจากควันบุหรี่.....					
23. ผู้สูบบุหรี่มีสิทธิ์จะสูบบุหรี่ได้ในทุกสถานที่.....					
24. พ่อ แม่ ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่.....					

ส่วนที่ 4

แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในเรื่องทักษะการปฏิเสธโดย
เจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจของผู้อื่น และผลประโยชน์ของตนเองเพื่อป้องกันการ
สูบบุหรี่

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ✕ ลงบนตัวเลือก ก. ข. ค. หรือ ง. หน้าข้อความที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของนักเรียนมากที่สุดเพียงข้อเดียว หรือหากตอบข้อ จ. ให้เติมข้อ
ความตามความคิดเห็นของนักเรียน

1. เมื่อเพื่อนชักชวนให้ไปสูบบุหรี่หลังโรงเรียนเลิก จะทำอย่างไร
 - ✓ ก. ปฏิเสธว่าไม่สูบแล้วเดินหนีทันที
 - ข. ปฏิเสธและบอกเพื่อนว่า "เราไม่อยากจะเห็นบุหรี่ทำลายสุขภาพของนายนะ"
 - ✓ ค. บอกเพื่อนว่า "ได้เลยเพื่อน แล้วเย็นนี้เจอกัน"
 - ✓ ง. บอกเพื่อนว่า "ไปแน่นอน" แต่พอโรงเรียนเลิกรีบเดินทางกลับบ้านทันที
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....
2. ในขณะที่อยู่บ้านเพื่อน และเพื่อนชักชวนให้ทดลองสูบบุหรี่ จะทำอย่างไร
 - ✓ ก. ปฏิเสธคำชวน โดยให้เหตุผลว่า "ตอนนี้รู้สึกเจ็บคอ"
 - ✓ ข. แกล้งรับคำชวน แต่แอบเอาไปทิ้งในห้องน้ำ
 - ✓ ค. รับคำชวนทันที และคิดว่า "สูบครั้งเดียวคงไม่ทำให้ติดหรอก"
 - ง. ปฏิเสธคำชวน โดยบอกเพื่อนว่า "การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สังคมปัจจุบันไม่ยอมรับ"
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....
3. เมื่อเพื่อนในกลุ่มบังคับให้นักเรียนสูบบุหรี่ จะทำอย่างไร
 - ✓ ก. สูบตามเพื่อนทันที
 - ✓ ข. บอกให้เพื่อนสูบไปก่อน พร้อมขอตัวกลับบ้านทันที
 - ค. ปฏิเสธและบอกเพื่อนว่า "อย่าสูบกันเลย ยังมีคนรักเรารออยู่ที่บ้านอีกหลายคน"
 - ✓ ง. บอกเพื่อนว่า "ถ้ารักกันจริง อย่าฝืนใจกันเลยนะ"
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

4. เมื่อผู้ใหญ่ยื่นบุหรี่ให้สูบ นักเรียนจะอย่างไร
 - ก. ปฏิเสธว่าไม่สูบ และกล่าวขอบคุณ
 - ข. ปฏิเสธไม่สูบ และบอกว่า "ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ ลูกของน้ำคงจะดีใจมาก"
 - ค. รับมาสูบทันที เพราะกลัวจะเสียมารยาท
 - ง. รับบุหรี่ยี่มาแล้ว รีบเดินหนีเพื่อเอาบุหรี่ยี่ไปทิ้ง
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

5. ถ้าบุคคลในครอบครัวของนักเรียนสูบบุหรี่และชักชวนให้นักเรียนสูบด้วย จะทำอย่างไร
 - ก. ปฏิเสธและบอกบุคคลในครอบครัวว่า "เรายังรักและห่วงใยบุคคลนั้น"
 - ข. ปฏิเสธ พร้อมบอกว่า สูบบุหรี่ไม่เห็นมีประโยชน์
 - ค. บอกว่า "ได้เลย แต่ขอเป็นวันพรุ่งนี้นะ"
 - ง. ทดลองสูบ เพื่อไม่ให้บุคคลในครอบครัวเสียใจ
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

6. เมื่อเพื่อนขอยืมเงินเพื่อไปซื้อบุหรี่ยี่มาสูบ จะทำอย่างไร
 - ก. ให้เพื่อนยืมเงิน โดยมีข้อแม้ว่า "ต้องแบ่งให้สูบด้วย"
 - ข. ให้เพื่อนยืมเงิน และบอกว่า "พรุ่งนี้ต้องรืบนำมาคืนนะ"
 - ค. ปฏิเสธไม่ให้ยืม และบอกว่า "เราต้องใช้เงินเพื่อซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย"
 - ง. ปฏิเสธไม่ให้ยืม และบอกเพื่อนว่า "เรามีเงินมาจำกัด ไม่พอให้ขอยืม "
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

7. เมื่อเพื่อนขอร้องให้ไปซื้อบุหรี่ยี่ให้ นักเรียนจะทำอย่างไร
 - ก. ไปซื้อมาให้ และขอทดลองสูบด้วย
 - ข. รีบไปซื้อให้ แต่บอกเพื่อนว่า "ไม่มีบุหรี่ยี่ขาย"
 - ค. ปฏิเสธเพื่อน และบอกเพื่อนว่า "การสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี ถ้าจับได้จะถูกลงโทษนะ"
 - ง. ปฏิเสธไม่ไปซื้อให้ โดยบอกว่าติดธุระ
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

8. ถ้าคุณครูให้นักเรียนไปซื้อบุหรืมาให้ นักเรียนจะอย่างไร
- รีบไปซื้อให้ทันที เพราะต้องการคะแนนพิเศษ
 - บอกคุณครูว่า ถ้าคุณครูไม่สูบบุหรืพวกผมจะดีใจมาก
 - ปฏิเสธ และบอกว่าต้องนำการบ้านไปส่งอาจารย์อีกท่านหนึ่ง
 - รีบไปซื้อให้ แต่กลับบอกว่าร้านขายบุหรืปิดแล้ว
 - วิธีอื่นๆ โปรดระบุ.....
9. ถ้าบิดาของนักเรียนใช้ให้ไปซื้อบุหรืมาให้ นักเรียนจะอย่างไร
- ปฏิเสธและบอกว่า ลูกไม่อยากจะเห็นบุหรืทำลายสุขภาพของพ่อ
 - ปฏิเสธพร้อมวิ่งหนีไปทันที
 - รีบไปซื้อให้เพราะกลัวถูกตี
 - รับว่าจะซื้อให้ แต่ตอนนี้ยังไม่ว่าง
 - วิธีอื่นๆ โปรดระบุ.....
10. ถ้านักเรียนมีปัญหากลุ่มใจ และเพื่อนแนะนำให้สูบบุหรืเพื่อคลายเครียดจะทำอย่างไร
- ไม่ปฏิเสธ และขอตัวกลับบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงการชวนต่อ
 - ปฏิเสธ และบอกเพื่อนว่า "เรายังมีวิธีคลายเครียดอย่างอื่นที่ไม่ทำลายสุขภาพเหมือนบุหรื"
 - ไม่ปฏิเสธ พร้อมรับมาสูบทันที
 - กล่าวขอบคุณ พร้อมบอกว่า "เราไม่ชอบกลิ่นของควันบุหรื"
 - วิธีอื่นๆ โปรดระบุ.....
11. ถ้าเพื่อนไม่ให้เข้ากลุ่ม เพราะไม่สูบบุหรื จะอย่างไร
- ยอมเสียเพื่อน และยืนยันจะไม่สูบบุหรืโดยเด็ดขาด
 - ตัดสินใจสูบบุหรืทันที เพื่อไม่ให้เสียเพื่อน
 - บอกเพื่อนว่า "สูบกี้ได้ แต่วันนี้ไม่ค่อยสบาย ขอเป็นวันอื่นก็แล้วกัน"
 - ชักชวนเพื่อนให้งดสูบบุหรื และบอกว่า "เพื่อนแท้ไม่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับการสูบบุหรื"
 - วิธีอื่นๆ โปรดระบุ.....

12. เมื่อถูกเพื่อนขอร้องให้ช่วยดูคั่นทางให้ เพื่อทำการสูบบุหรี่ จะทำอย่างไร
- ก. ปฏิเสธเพื่อน และบอกเพื่อนว่า "บุหรี่จะทำให้การเรียนของนายแย่งลงนะ"
 - ข. รับคำขอร้องของเพื่อน และบอกว่า "อย่าลืมค่าจ้างบุหรี่ 1 มวนด้วย"
 - ค. ปฏิเสธเพื่อน และบอกว่า "ไม่ว่าง ต้องไปยืมหนังสือที่ห้องสมุด"
 - ง. รับคำขอร้องของเพื่อน แต่ให้เพื่อนอีกคนแอบไปแจ้งอาจารย์"
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....
13. เมื่อเพื่อนพุดจาถูก เพราะไม่สูบบุหรี่ด้วยกัน จะทำอย่างไร
- ก. ทดลองสูบบุหรี่ให้เพื่อนดู จะได้เลิกดูถูกเสียที
 - ข. รับบุหรืมา บอกว่าจะไปสูบที่บ้าน แต่แอบเอาไปทิ้ง
 - ค. หาทางหลีกเลี่ยง และเดินหนีไปโดยไม่ยอมสูบบุหรี่
 - ง. บอกกับเพื่อนว่า "ไม่ชอบให้พุดถูกแบบนี้ เพราะถึงอย่างไรก็ยังไม่สูบบุหรี่โดยเด็ดขาด"
 - จ. วิธีอื่น โปรดระบุ.....

เฉลยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุญ

คำตอบ	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10	ข้อ 11	ข้อ 12	ข้อ 13
ใช่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ไม่แน่ใจ													
ไม่ใช่													

แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 10, 14, 19, 22, 24

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23

แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่

	ระดับคะแนน			
	ข้อ ก	ข้อ ข	ข้อ ค	ข้อ ง
ข้อ 1	2	3	0	1
ข้อ 2	2	1	0	3
ข้อ 3	0	1	3	2
ข้อ 4	2	3	0	1
ข้อ 5	3	2	0	1
ข้อ 6	0	1	3	2
ข้อ 7	0	1	3	2
ข้อ 8	0	3	2	1
ข้อ 9	3	2	0	1
ข้อ 10	1	3	0	2
ข้อ 11	2	0	1	3
ข้อ 12	3	0	2	1
ข้อ 13	0	1	2	3

ตาราง14 ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบและแบบ
สอบถาม

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ	การปฏิบัติ
	ความยากง่าย	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก
1	.68	.31	.39	.41
2	.52	.21	.44	.58
3	.46	.55	.10	.47
4	.76	.45	.52	.35
5	.58	.35	.11	.20
6	.24	.54	.27	.62
7	.32	.23	.39	.52
8	.58	.40	.27	.35
9	.78	.45	.50	.69
10	.44	.23	.06	.31
11	.60	.41	.58	.32
12	.78	.40	.32	.32
13	.52	.20	.50	.51
14			.15	
15			.63	
16			.50	
17			.61	
18			.47	
19			.21	
20			.44	
21			.36	
22			.41	
23			.48	
24			.22	
ค่าความเชื่อมั่น	$\alpha = .74$		$\alpha = .79$	$\alpha = .80$

ภาคผนวก ค

- แบบบันทึกการสอนสุขศึกษาเรื่องบุหรี

แบบบันทึกการสอนสุขศึกษา

เรื่อง

บุคลิกภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีความรู้เกี่ยวกับบุคลิก
2. เพื่อให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีเจตคติที่ดีในการป้องกันการดูหมิ่น
3. เพื่อให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดูหมิ่น

วิธีการ : บรรยายประกอบภาพ

: ดูวีดิทัศน์

ระยะเวลา : 60 นาที

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการ ดอน	การประเมินผล
หลังจากสิ้นสุดการสอน เรื่องบุหรืกับสุขภาพแล้ว นักเรียนมีความสามารถ ดังนี้ 1. บอกสาเหตุของการติด บุหรืได้ถูกต้อง 2. บอกชนิดของสารพิษที่มีอยู่ในควันบุหรืได้ถูกต้อง อย่างน้อย 5 ใน 8 ชนิด 3. อธิบายการเปลี่ยนแปลง ของร่างกายที่มีสาเหตุมา จากสารพิษในควันบุหรืได้ ถูกต้อง 4. บอกชื่อโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรืได้ถูกต้อง	<u>บุหรื</u> การสูบบุหรืกลายเป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพและเป็น ปัญหาสาธารณสุขระดับโลกเพราะนอกจากจะเป็นอันตรายต่อ ชีวิตมนุษย์โดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อไปอีกทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศอีกด้วย องค์การอนามัย โลกรายงานว่า ในปี 2538 มีประชากรโลก สูบบุหรืทั้งหมด 1,100 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรืมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และคิดเป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจ ปีละ 5 ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยพบว่าการสูบบุหรืในวัยรุนชายไทย อายุระหว่าง 15 - 19 ปี ในปี 2539 มากขึ้นกว่าปี 2536 ร้อยละ 1.8 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน แก้ไขอย่างเร่งด่วนดังคำขวัญงดสูบบุหรืโลก ปี2540 ที่ว่า โลกนี้สดใส ทุกฝ่ายร่วมมือ ด้านภัยบุหรื	<u>ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน</u> ปัจจุบันประเทศไทย กำลังเผชิญกับปัญหา เศรษฐกิจที่ตกต่ำในยุคไอ เอน์ เอฟ มนุษย์ต้องดิ้นรน หางานทำและแข่งขัน แข่งแย่งกัน เพื่อความอยู่ รอดมากขึ้น จากปัญหา ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มนุษย์ มีความเครียดมากขึ้นและ ต่างก็หาทางดับความ เครียดในรูปแบบต่าง ๆ กัน บางคนก็ได้นหาทาง ดับความเครียดที่ดีบางคน ก็หาทางออกไปในทาง	-วีดิทัศน์เรื่อง มวนสูดท้ายของ สถาบันควบคุม การบริโภค ยาสูบ กรมการ แพทย์ความยาว 20 นาที	-สังเกตจากความ สนใจในการฟังครู นำเข้าสู่บทเรียน

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
อย่างน้อย 5 โรค 5. เปรียบเทียบผลดีของการงสุบบุหรี่และผลเสียจากการสูบบุหรี่ 6. อธิบายลักษณะของคนที่ติดบุหรี่ได้ถูกต้อง 7. สรุปวิธีการหลีกเลี่ยงและการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง	สาเหตุการสูบบุหรี่ ก. ในวัยเด็กและวัยรุ่น 1. ตามเพื่อน 2. อยากรู้ อยากลอง อยากรู้เห็นตามนิยายวัยรุ่น 3. สภาพแวดล้อมชักนำ เช่นอยู่ในบ้านที่มีพ่อแม่ หรือญาติผู้ใหญ่สูบบุหรี่กัน 4. ค่านิยมในวัยรุ่น เช่น เพื่อแสดงความเป็นชายหรือเพื่อความโก้ 5. อิทธิพลจากการโฆษณา เช่นจากภาพยนตร์ โฆษน์และหนังสือพิมพ์ 6. ความเชื่อที่ผิด ๆ เช่น เชื่อว่า การสูบบุหรี่ช่วยทำให้สมองปลอดโปร่ง จ. ในผู้ใหญ่ 1. เพื่อลดความเครียด บุหรี่อาจช่วยลดความเครียดได้บ้าง เนื่องจากนิโคตินจำนวนน้อยในระยะแรกจะช่วยกระตุ้นสมองได้เมื่อสูบบ่อยไปนาน ๆ จำนวนนิโคตินเพิ่มขึ้นจะทำให้	ที่ผิดเช่น อาจหันไปหายาเสพติด เพื่อระงับความเครียดและสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งทีนิยมใช้กันมากและหาซื้อได้ทั่วไปในตลาดสิ่งนั้นก็คือบุหรี่ <u>ขั้นสอน</u> - ครูพูดคุยกับนักเรียนถึงลักษณะของวัยรุ่นว่าเป็นวัยที่มีความสับสนทางอารมณ์และมีโอกาสถูกชักชวนให้ทดลองสูบบุหรี่ได้ง่ายพร้อมทั้งให้นักเรียนดูของบุหรี่ี่ห้อต่างๆ และแสดงความคิดเห็นในหัวข้อสาเหตุของ	-ของบุหรี่ยี่ห้อต่างๆ - จากการแสดงความคิดเห็นและยกตัวอย่างเรื่องสาเหตุของการสูบบุหรี่ในวัยต่าง ๆ	127

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	มีนงหรือปวดศีรษะได้ 2. เพื่อเข้าสู่สังคม เช่น แก้วเงินหรือเพื่อนไปแจกเพื่อน 3. จากการศึกษาที่ผู้สอนนำมาให้ เช่น ชาวบ้านนำไปถวายพระ ทำให้พระทศลงสูบ และต่อมาก็ติดบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่ ในควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมี ประมาณ 4,000 ชนิด ในจำนวนนี้มีสารก่อมะเร็ง จำนวน 42 ชนิด ที่สำคัญได้แก่ 1. นิโคติน เป็นสารประกอบที่ระเหยอยู่ในควันบุหรี่เป็นสารที่ทำให้ติดนิโคติน ในบุหรี่ 1 มวน จะมีนิโคติน 0.1 - 2 มิลลิกรัม นิโคตินมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และถ้าสูบบุหรี่ต่อไปนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น 1.1 หลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าอุดตันจนขาดเลือด ทำให้นิ้ว เทน ขาแน่นตึงตึงถึง มักเกิดภายหลังการสูบบุหรี่จัดเป็นเวลา 20 - 30 ปีขึ้นไป 1.2 หลอดเลือดที่ไม่เลี้ยงหัวใจตีบ ทำให้หัวใจขาดเลือด	การสูบบุหรี่ในวัยต่าง ๆ แล้วครูอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่นักเรียน ไม่ ได้กล่าวถึง - ครูอธิบายว่าในควันบุหรี่ ประกอบด้วยสารเคมีและสารพิษที่ก่อมะเร็งจำนวนมาก พร้อมทั้งอธิบายว่ามีสารพิษชนิดใดบ้าง และแต่ละชนิดทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรและให้นักเรียนสรุปโดยการจับคู่ระหว่างสารเคมีและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายให้ถูกต้อง	-บรรยาย -ซักถาม -กระดานดำ	- สังเกตจากการตอบคำถามของนักเรียนในเรื่องสารพิษและการจับคู่การเกิดโรคได้ถูกต้อง

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ไปเลี้ยง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1.3 เป็นแผลในกระเพาะอาหาร 2. ทาร์ เป็นสารคล้ายน้ำมันดิน สีน้ำตาลไหม้ เมื่อสูบบุหรี่ ทาร์จะไปตกค้างอยู่ในปอด หลอดลมใหญ่ และหลอดลมเล็กซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งที่ปอด 3. การรับอนุมอนนอกเซลล์เป็นพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของใบยา ก๊าซนี้จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง เนื่องจากจะไปแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ทำให้ขัดขวางการลำเลียงของออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงร่างกาย ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ กส้านเนื้อแขนขาไม่มีแรง 4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซระเหย พิษของก๊าซนี้จะทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้ไอเรื้อรัง 5. "ไนโตรเจนไดออกไซด์เป็นก๊าซที่ก่อให้เกิดความระคายเคือง มีการทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลาย และถุงลมทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง			

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	6. สว่างมีมันตรังสี ในควันทันหรือมีสารโพโลเนียม - 210 ที่ให้รังสีแอลฟาทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรัง เป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง 7. แอมโมเนีย เป็นก๊าซที่ก่อความระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการไอ มีเสมหะ หลอดลมอักเสบ 8. แร่ธาตุและสารเคมีต่างๆ กับโปแตสเซียม โซเดียม โคบอลต์ สารเคมี เช่น ดีดีที เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ พิษภัยของหนูหริ่ง สาวพียในควันทันหรือที่ผู้สูบบุหรี่ดูดเข้าไปหรือควันบุหรี่ที่พ่นออกมาจากบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ ต่างก็เป็นอันตรายทั้งตัวผู้สูบบุหรี่และผู้รับควันบุหรี่เข้าไปโดยไม่ตั้งใจเป็นผู้สูบบุหรี่ก่อนให้เกิดผลเสียในด้านต่างๆ ดังนี้ ก. ผลเสียต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ดังนี้ 1. โรคมะเร็ง พบมะเร็งปอดมากที่สุด โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า แต่หากสูบบุหรี่นาน 21 - 40 ปีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่	- คุรุณาภาวิทยวิภาค ศาสตร์ของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบหลอดเลือดและหัวใจมาให้ นักวิจัยดูแลและอธิบายถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ และด้านอื่น ๆ	- แผ่นกระดาน รูปกายวิภาค ศาสตร์ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย	- พิจารณาจากการที่นักเรียนสนใจเข้าร่วมอภิปรายและร่วมกิจกรรม

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	30 เท่า 2. โรคของระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อยได้แก่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและรุนแรงมากเพราะผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก และหอบเหนื่อยตลอดเวลา 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด สภาวะที่มีและนิโคตินในควันบุหรี่จะทำให้ไขมันจับตามผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง "ไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง แขน ขาและอวัยวะอื่นๆ ได้เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจวายเฉียบพลันหรือเกิดอัมพาตได้" 4. โรคระบบทางเดินอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดมากขึ้น แต่นำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนลดลงทำการย่อยผิดปกติ เกิดอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ปวดท้อง และเป็นแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งของลำไส้ใหญ่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2 - 4 เท่า 5. ผลต่อการตั้งครรภ์และทารก สตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ อาจเกิดปัญหาการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ และมีความสัมพันธ์กับการตายของทารกแรกคลอดรวมทั้งความพิการแต่กำเนิดของทารก 6. ผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ 7. ทำให้ชราเร็วและอายุสั้นกว่าที่ควร ข. ผลเสียด้านอื่น ๆ 1. เป็นการเพิ่มอุบัติเหตุ ในกรณีกับผู้สูบบุหรี่ขับรถแล้วสูบบุหรี่ไปด้วย เมื่อความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดสูง จะทำให้สมองได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการมึนงง ขาดสมรรถภาพในการตัดสินใจ จึงเป็นการง่ายที่จะเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้			

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2. ด้านเศรษฐกิจของชาติ พบว่า รัฐต้องสูญเสียค่ารักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากกว่ารายได้อันที่ได้รับจากการจำหน่ายบุหรี่ คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกปีละ 5 ล้านล้านบาท นับว่าเป็นผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่เด่นชัดที่สุด 3. ทำให้เสียบุคลิกภาพ คนที่ติดบุหรี่มีกลิ่นคาวบุหรี่ ออกมาทางปากและลมหายใจ เป็นที่รังเกียจของคนอยู่ใกล้ บางคนสูบบุหรี่ในห้องปรับอากาศ รถปรับอากาศ ก่อให้เกิดความระคายเคืองแก่ผู้อื่น 4. นำไปสู่การติดยาเสพติดชนิดร้ายแรงอื่น ซึ่งนับว่าเป็นผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่รุนแรงที่สุด <u>ลักษณะอาการของคนติดบุหรี่</u> 1. ริมฝีปากคล้ำ ร่ายกายผอม หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติเล็กน้อย 2. ปลายนิ้วมีมีรอยคราบเหลืองจากควันบุหรี่ หรือซีดเนื่องจากปลายหลอดเลือดแดงอุดตัน	ครูนำภาพคนสูบบุหรี่ในอริยาบถต่างๆมาให้ดูแล้วสอบถามว่าเคยพบเห็นผู้สูบบุหรี่หรือไม่ และให้นักเรียนช่วยกันอธิบายลักษณะอาการ		

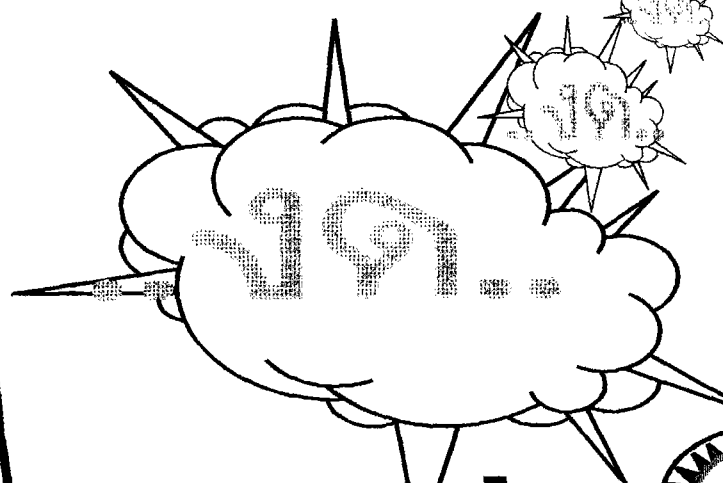
จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3. ในระยะที่หลอดลมอักเสบมักจะมีการไอเรื้อรัง และมีเสียงแหบแห้ง 4. เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่มักหยุดหืด ถ้าอารมณ์ ทุเลา ภาวะแทรกซ้อน มีอาการอยากสูบน้ำลายสอ ต้องบ้วน น้ำลายบ่อย ๆ <u>ประโยชน์ของภาวอดสูบบุหรี่</u> 1. มีอายุยืนยาวขึ้น และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด และมะเร็งระบบอื่น ๆ 3. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 4. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ 5. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่จะช่วยให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์และลดอัตราเสี่ยงต่อการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด	ของผู้ติดเชื้อและครูสรุปเพิ่มเติม ครูแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม และให้แข่งขันกันอภิปรายถึงประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่	-ภาพคนสูบบุหรี่ในอริยาบถต่างๆ -กระดานดำ	สังเกตจากการแสดงความคิดเห็น สังเกตจากวามสนใจเข้าร่วมกิจกรรม

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	6 สมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น <u>วิธีหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่</u> 1 ศึกษาโทษของการสูบบุหรี่และให้ความรู้แก่เยาวชน ซึ่งนับว่าเป็นการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างถาวร 2 ไม่ใช้คณนงหรือทดลองสูบ 3 รู้จักปฏิเสธการชักชวนจากผู้อื่น 4 เมื่อมีความเครียดควรรหาโอกาสพักผ่อนหรือหางานอดิเรกทำ 5 "ไม่เชื่อคำโฆษณา 6 "ไม่ซื้อหรือรับบุหรี่มาเก็บไว้	-ครูและนักเรียนช่วยกันสรุปวิธีการหลีกเลี่ยงและป้องกันการสูบบุหรี่ <u>ขั้นสรุป</u> - ครูสรุปให้นักเรียนร่วมกันช่วยกันรณรงค์ให้สังคมไทยปลอดควันบุหรี่และปิดท้ายด้วยคำกลอนเรื่องพิษภัยของบุหรี่	บทกลอนพิษภัยของบุหรี่ที่ชนะการประกวดเนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก	จากการสรุปบทความ

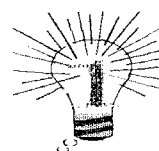
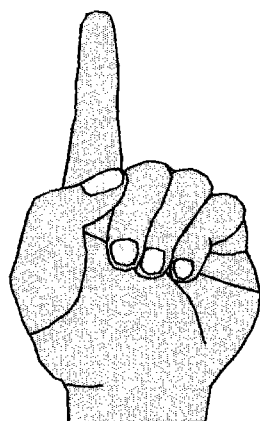
ภาคผนวก ง

- เอกสารแผ่นพับเรื่องบุหรีกับสุขภาพ

สุขภาพจะดีเมื่อ

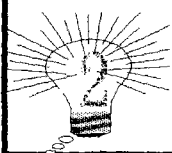
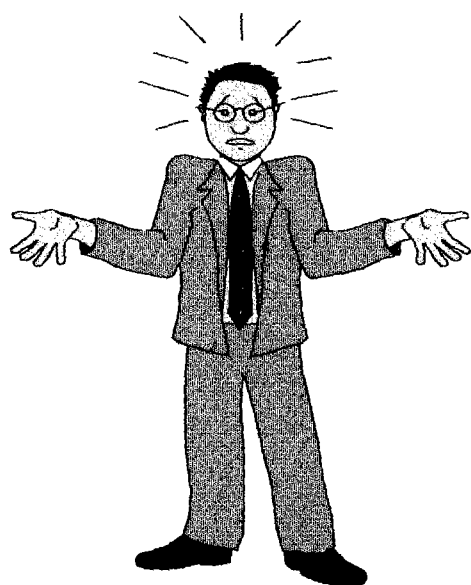


สุขสบาย



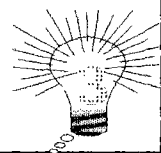
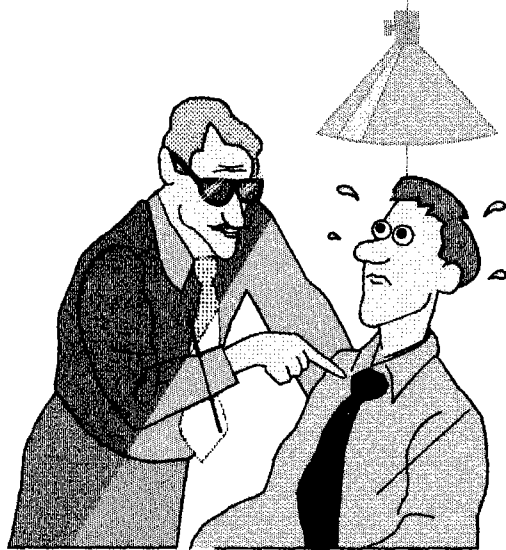
บุหรืกับสุขภาพ

การสูบบุหรี่กลายเป็นปัญหาทาง
พฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมี
ประชากรโลกสูบบุหรี่จำนวนถึง
1,100 ล้านคน และเสียชีวิต เนื่อง
จากการสูบบุหรี่มากกว่า 3 ล้านคน
ต่อปี คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ
ทั่วโลก ปีละ 5 ล้านล้านบาท



**สำหรับประเทศไทย พบว่าวัยรุ่นชายไทย
อายุ 15-19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้น
จากปี 2536 ร้อยละ 1,8 .ในปี 2539**

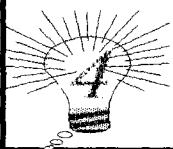
**ซึ่งการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนี้ นับว่าเป็น
ปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยที่ควรได้รับ
การแก้ไขอย่างเร่งด่วน**

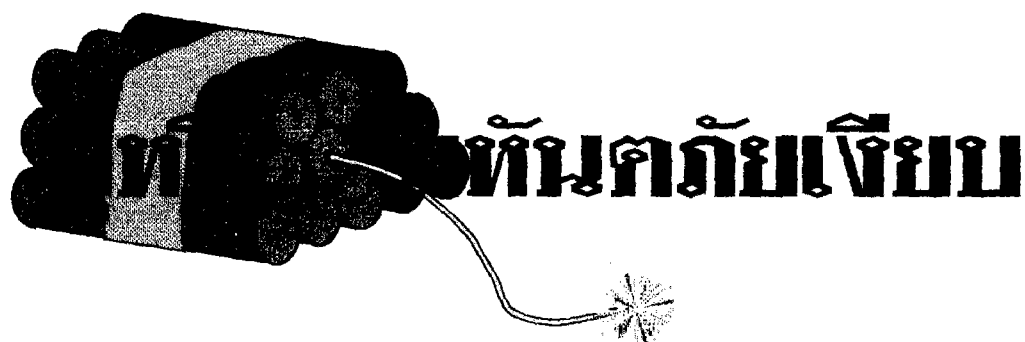




ในคว้นบุหรืมีสารประกอบทางเคมี
ประมาณ 4,000 ชนิด ในคว้นนี้ มีสารก่อ
มะเร็งอยู่ประมาณ 42 ชนิด พืชที่ก่อให้เกิด
อันตรายที่สำคัญได้แก่

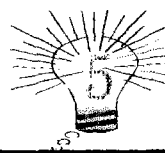
- นิโคติน
- มาร์
- คาร์บอนมอนนอกไซด์
- ไนโตรเจนไดออกไซด์
- ไฮโดรเจนไซยาไนด์
- แอมโมเนีย
- สารกัมมันตรังสี
- แร่ธาตุและสารเคมีต่างๆ





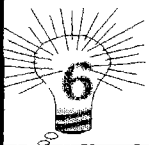
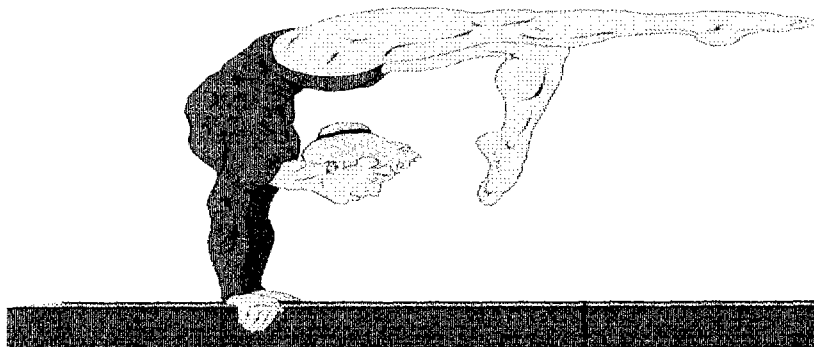
สารพิษในควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพของ
ผู้สูบบุหรี่และบุคคลข้างเคียงและเป็นสาเหตุ
ของการเกิดโรคต่างๆ ดังนี้

- มะเร็งปอดและมะเร็งของอวัยวะต่างๆ
 - ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 - โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - กล้ามเนื้อสมองขาดออกซิเจน
 - เสี่ยงต่อการแท้งในหญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่
- ทารกมีพัฒนาการทางสมองและร่างกาย
ผิดปกติ
- แผลในกระเพาะอาหาร



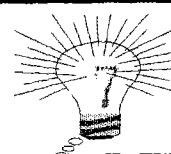
การออกกำลังกาย

1. มีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง
2. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง
ปอดและมะเร็งระบบอื่นๆ
3. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หัวใจและหลอดเลือด
4. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค
ระบบทางเดินหายใจ
5. หนึ่งตั้งครรภ์ที่ไม่สุขุมหรือ
จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวมาก
กว่าหนึ่งที่ตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์
6. สมรรถภาพการทำงานดีขึ้น



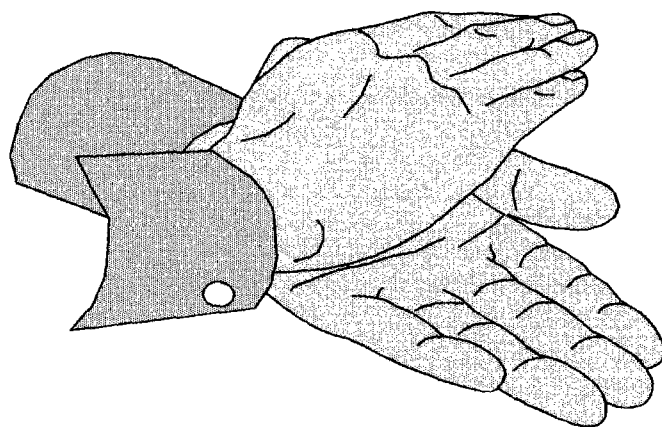
หลักสิบ และ ป่อท่น การสับสน

1. คึกษาโทษของการสับสน
2. ไม่คึกคะนอง หรือทตลองสับสน
3. รู้จักปฏิเสธการชักชวนจากผู้อื่น
4. เมื่อมีความเครียดควรพักผ่อน หรือ
ออกกำลังกาย
5. ไม่เชื่อคำโฆษณา
6. ไม่ซื้อหรือรับบหรี
มาเก็บไว้



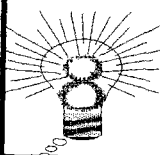
เด็กสมบูรณ์วัย

เด็กที่มีสุขภาพดีที่ทุกคน



๗

ด้วยความปรารถนาดี



จาก วรรณฯ สาริยาชีวะ โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางวรรณาสาริยาชีวะ
เกิดวันที่	29 เดือนกุมภาพันธ์ พุทธศักราช 2503
สถานที่เกิด	อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 267/39 หมู่ 3 ตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสุศึกษา 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายสุศึกษา โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2520	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนราชโบริกานุเคราะห์ จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2523	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี
พ.ศ. 2530	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี
พ.ศ. 2534	ศษ.บ. (สุศึกษา) จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2541	กศ.ม. (สุศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

บทคัดย่อ
ของ
วรรณฯ สาริยาชีวะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตรเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

ในการศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดราชบุรี จำนวน 80 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน จากโรงเรียนบางแพปฐมพิทยา และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน จากโรงเรียนวัดคอนตูม ใช้แผนการทดลองแบบ pretest - posttest control group design เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นแบบสอบถามด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Simple t - test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการศึกษาพบว่า

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีประสิทธิผลด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีประสิทธิผลด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี่
3. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ไม่มีประสิทธิผลด้านการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่

**THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING
THE HEALTH BELIEF MODEL ON SMOKING PREVENTIVE BEHAVIOR
OF MATHAYOM SUKSA I STUDENTS**

**AN ABSTRACT
BY
WANNA SARIYACHEVA**

Presented in partial fulfillment of the requirement for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 1998

The objective of this quasi - experimental research was to study the effectiveness of a health education program on smoking preventive behavior of Mathayom Suksa I students of school under Department of Education, Ratchaburi Province. Eighty Mathayom Suksa I students were divided into two groups : 40 students from Bungpaephattomphittaya School were given with the health education program whereas another 40 students from Watdonthoom School were the control group. The pretest - posttest control group design was used. The data collected on the knowledge, attitude, and practice questionnaire were analyzed for the percentage, standard deviation, paired sample t-test and analysis of variance using ANCOVA.

The results of this study were as follows :

1. The health education program applying the Health Belief Model was effective on improving the knowledge of smoking preventive behavior of Mathayom Suksa I students.
2. The health education program applying the Health Belief Model was effective on improving the attitude of smoking preventive behavior of Mathayom Suksa I students.
3. The health education program applying the Health Belief Model was not effective on improving the practice of smoking preventive behavior of Mathayom Suksa I students.