

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวกในงาน ทันตกรรมโรงเรียนระดับประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร THE EFFECT OF POSITIVE TOBACCO REFUSAL PROGRAM IN DENTAL SCHOOL PROGRAM OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS, BANGKOK

ณัฐวูธ แก้วสุธา^{1*} ภัทร อันชึน² พีร์ สมสวย³ นันท์ชนก วีระกุล³
Nathawut Kaewsutha^{1}, Pattara Auncheon², Pee Somsuay³, Nanchanok Weerakul³*

¹ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹ Faculty of Dentistry, Srinakarinwirot University.

² โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

² Sunprasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani District.

³ โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

³ Nam Yuen Hospital, Ubonratchathani District.

*Corresponding author, E-mail: ballswu@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่ในเชิงบวกในงานทันตกรรมโรงเรียน ต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่ ของเด็กประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 99 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 49 คน ได้รับโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวก และกลุ่มควบคุม 50 คน ได้รับสุขศึกษาแบบกลุ่มแบบปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ค่าที่ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังกการได้รับโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.18 และ 2.98, $p < .001$) ในขณะที่ ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และเจตคติที่มีต่อบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: โปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวก เด็กประถมศึกษา งานทันตกรรมโรงเรียน

Abstract

The objectives of this experimental research was to examine the effectiveness of positive tobacco refusal program in dental school program on knowledge, attitude and practice changes in primary school students. The sample of this study was 99 grade 11th volunteer students in Bangkok who was selected by simple random sampling and assigned to an experimental group and control group. In experimental group, 49 students participated in the experimental group was received refusal tobacco program. In control group, 50 students participated in group health education. Data

Collection was conducted by K-A-P questionnaire. Data were analyzed by using in descriptive statistic and inferential statistic (t-test). The result of this study showed that, the students who participated in tobacco refusal program in dental school program had mean tobacco refusal practice score better than the control group (5.18 and 2.98, $p < .001$). No significant difference of the mean score of knowledge and attitude, between the experimental and the controlled group was found.

Keywords: Refusal Tobacco Program, Primary School Students, Dental School Program

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งตัวผู้ที่สูบเอง รวมถึง ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ และส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และนับเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสาธารณสุขของโลก ข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1.1 พันล้านคน มีผู้ที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน และมีการคาดกันว่าในอีก 25 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 10 ล้านคน [1] นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งมากกว่า 25 โรค เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น [2] ปัญหาบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนยังมีความรุนแรงอยู่มาก จากการสำรวจข้อมูลผู้สูบบุหรี่พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมากลุ่มเยาวชนที่ยังมีแนวโน้มการสูบบุหรี่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ เพิ่มจากร้อยละ 4.29 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 5.03 ในปี พ.ศ. 2550 [3] ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจเบื้องต้นของกองทันตสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2556 โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มเด็กประถมศึกษาปีที่ 5-6 สังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 3,690 คน พบว่าเด็กในวัยประถมศึกษากำลังเป็นช่วงอายุที่เสี่ยงมากต่อการสูบบุหรี่ โดยมีเด็กเคยลองสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 9.46 เคยถูกใช้ให้ไปซื้อบุหรี่สูงถึงร้อยละ 49.54 และที่บ้านมีคนสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.23 [4] ในปี พ.ศ. 2555 สถิติของเด็กที่เริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดก็คือ ช่วงอายุ 11-13 ปี และน้อยที่สุดที่ 6 ปี [5] โดยในปัจจุบัน บริษัทผลิตบุหรี่

มีกลยุทธ์ในการโฆษณาหลอกล่อที่แนบเนียนและแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐบาลด้วยการจัดกิจกรรมที่แสดงถึงการรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนประเด็นที่ว่าตนเองได้ผลิตสินค้าเสพติดและมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภคโดยรวมและคนรอบข้างอย่างร้ายแรง รวมถึงการพัฒนาส่วนประกอบของบุหรี่ที่ยั่วเยาะความต้องการของวัยรุ่น เช่น รสชาติที่มีความแปลกใหม่ มีกลิ่นหอมไว้ควัน วัสดุหีบห่อที่ดึงดูดใจ ทำให้วัยรุ่นดังกล่าวเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่จนกลายเป็นผู้เสพติดบุหรี่ในที่สุด [6]

วิชาชีพทันตแพทย์ในฐานะส่วนหนึ่งของบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพก็มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมาก โดยทันตแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลเสียของยาสูบที่มีต่อช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น อีกทั้งทันตแพทย์มีโอกาเข้าถึงเด็ก เยาวชนและผู้ปกครอง จึงสามารถให้ข้อมูลถึงอันตรายของบุหรี่ได้โดยง่าย รวมถึงการรักษาทางทันตกรรมต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยจึงทำให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับบุหรี่แก่ผู้ป่วย ดังนั้น ทันตแพทย์จึงมีโอกาสพบผู้รับบริการที่ยังไม่ป่วยได้มากกว่าวิชาชีพ [7] ทั้งนี้ทันตแพทย์ได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบซึ่งเป็นการทำงานร่วมกับวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ เพื่อดำเนินงานในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยมุ่งเน้นที่การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเด็กและเยาวชน ซึ่งบทบาทของวิชาชีพทันตแพทย์นั้นไม่เพียงแต่มีความรับผิดชอบในการรักษาทางทันต

กรรมเท่านั้น แต่งานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนก็เป็นอีกส่วนสำคัญหนึ่งที่ต้องเข้าไปดูแล จึงเป็นโอกาสดีที่จะนำการควบคุมการบริโภคยาสูบเข้ามาบูรณาการร่วมกับการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนที่ทันตบุคลากรจะต้องมีส่วนร่วมในงานดังกล่าวเป็นงานประจำอยู่แล้ว [8]

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า การป้องกันกาเกิดผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากในการป้องกันโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งทันตบุคลากรสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในการปฏิเสธบุหรี่ให้เด็กในกลุ่มวัยนี้ได้ หากสามารถสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าไปในงานทันตกรรมโรงเรียนที่เป็นกิจกรรมประจำของวิชาชีพ ทั้งนี้ แนวทางการจัดกิจกรรมในโรงเรียนโดยทั่วไปจะมีลักษณะเน้นไปที่การให้สุขศึกษา โดยส่วนใหญ่จะมีวัตถุประสงค์ให้เด็กเข้าใจพิษภัยบุหรี่และโทษของการสูบบุหรี่ โดยไม่ได้มีการฝึกปฏิบัติหรือทดลองให้เด็กได้มีโอกาสฝึกการปฏิเสธ ซึ่งผลของกิจกรรมการให้สุขศึกษามักไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เพราะไม่ได้ใช้แนวคิดในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเปลี่ยนแปลงจากภายใน จะทำให้เด็กเกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Master of Experience) ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และจะติดตัวไปเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวกขึ้น ตามแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติด การสนทนาเชิงบวก (Positive Conversation) และแนวคิดเสริมที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะของโปรแกรมจะเป็นชุดของกิจกรรมเพื่อพัฒนาเยาวชนให้เกิดทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยวมถึงให้เยาวชนมีวิธีการปฏิเสธอย่างเหมาะสม

โดยหวังว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กวัยประถมศึกษาซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิเสธดีขึ้น โดยผลของการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางการสร้างชุดฝึกอบรมหรือโปรแกรมฝึกทักษะการปฏิเสธบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยรุ่นในวงกว้างต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่ในเชิงบวกระหว่างกลุ่มนักเรียนที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่ในเด็กนักเรียนประถมศึกษากรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่ในเชิงบวกมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการปฏิเสธบุหรี่ดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปฏิเสธบุหรี่ในเชิงบวก

กรอบแนวความคิด

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการควบคุมตนเองของแบนดูรา [9] แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติด การสนทนาเชิงบวก (Positive Conversation) [10] รวมทั้งแนวคิดเสริม เช่น การเรียนรู้เชิงธรรมชาติ [11] และแนวคิดการจัดกระบวนการกลุ่ม [12] ที่ใช้ในกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีรายละเอียดดังนี้

ก. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) [9]

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมากเพราะหากบุคคล

ไม่รับรู้ความสามารถของตนเอง ก็จะทำให้ขาดศักยภาพในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การสร้างการรับรู้ความสามารถตัวเองมีหลายอย่าง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) แต่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งในโปรแกรมการปฏิบัติบุหรีในเชิงบวกนี้ จะฝึกให้นักเรียนเกิดประสบการณ์ตรงจากตนเองสามารถปฏิบัติบุหรีได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวจะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทำให้ในครั้งต่อไปจะสามารถทำพฤติกรรมเดิมซ้ำได้อีก

แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติสิ่งเสพติด [10]

การปฏิบัติเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ทุกคนควรเคารพซึ่งกันและกัน เนื่องจากแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน สำหรับการปฏิบัติที่ดีนั้น จะต้องปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งทำทางคำพูดและน้ำเสียงเพื่อแสดงความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งแนวคิดการปฏิบัติแบบเชิงบวก จะเป็นวิธีการปฏิบัติอย่างสุภาพ ที่แสดงเคารพนับถือทั้งต่อตนเองและผู้อื่นด้วย การปฏิบัติเชิงบวกต้อง

เป็นไปอย่างนุ่มนวล ค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่เสียสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้ถูกปฏิบัติ

ข. แนวคิดเสริม

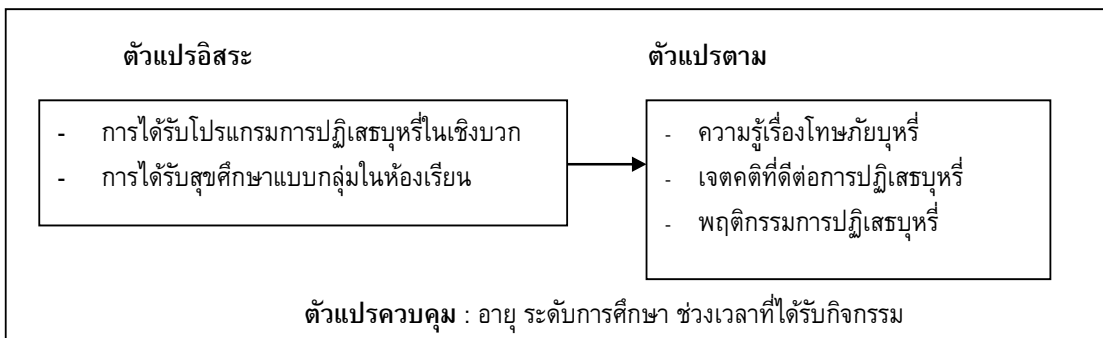
การเรียนรู้เชิงสรรษา (Edutainment) [11]

การเรียนรู้เชิงสรรษา (Edutainment) คือ การเรียนรู้ผู้เรียนมีโอกาสดูคิด ทำ สร้างสรรค์ โดยทำการผสมผสานข้อมูลความรู้ในด้านต่างๆ เข้ากับความบันเทิง ซึ่งเป็นการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้เกิดความหลากหลาย ไม่ซ้ำซากจำเจ ไม่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งเหมาะสมกับการจัดกิจกรรมในกลุ่มวัยประถมศึกษาซึ่งกำลังมีความเป็นเด็กอยู่มาก [11]

การระดมสมอง (Brainstorming)

การระดมสมองเป็นวิธีการรวบรวมความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่มภายในระยะเวลาอันสั้นการระดมสมองเป็นวิธีการประชุมชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากในการเลือกปัญหา สาเหตุของปัญหาและหาแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือหาข้อยุติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยอาศัยความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลเป็นเครื่องตัดสินใจ [12]

โดยกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบแผนการวิจัยมีการวัดก่อน-หลัง (Pretest-Posttest Design) สำหรับนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสายน้ำทิพย์ และโรงเรียนวัดอุทัยธาราม กรุงเทพมหานคร

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2556 โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

- ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมการปฏิบัติเชษฐบุหรี่ป้ามาก่อน
- สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการฝึกอบรม ตลอดโครงการ
- มีจดหมายตอบรับยินยอมอนุญาตจากผู้ปกครองและครูประจำชั้น

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายถึงผู้ปกครองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ และรายละเอียดขั้นตอนในการทำกิจกรรมตลอดการวิจัย รวมทั้งหนังสือแสดงความยินยอมจากนั้น ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการปฏิบัติเชษฐบุหรี่ป้า

ตารางที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ สื่ออุปกรณ์ และวิธีการประเมิน กิจกรรมในโปรแกรมการปฏิบัติเชษฐบุหรี่ป้า

กิจกรรมครั้งที่ 1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโทษของบุหรี่ป้าและทักษะการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิด	สื่อ-อุปกรณ์ (ระยะเวลา)	ประเมินกิจกรรม
1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ความสนุกสนาน รู้จักกันระหว่างผู้นำกิจกรรมกับนักเรียนมากขึ้น	1. ผู้นำกิจกรรม กล่าวทักทายนักเรียน แนะนำสมาชิกผู้ร่วมทีม และแจ้งวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ 2. กิจกรรมละลายพฤติกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์และความพร้อมในการร่วมกิจกรรมด้วยการเล่นเกมรวมเหรียญ	แนวคิดการจัดกระบวนการกลุ่ม	(20 นาที)	-การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของนักเรียน

ทั้งนี้ มีนักเรียนที่สมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 102 คน และอยู่จนครบตลอดโปรแกรม จำนวน 99 คน โดยอยู่ในกลุ่มทดลอง จำนวน 49 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง

ประกอบด้วยโปรแกรมการปฏิบัติเชษฐบุหรี่ป้าในเชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองของแบนดูรา [9] แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติสิ่งเสพติด การสนทนาเชิงบวก (Positive conversation) [10] รวมทั้งแนวคิดเสริม เช่น การเรียนรู้เชิงธรรมชาติ [11] และแนวคิดการจัดกระบวนการกลุ่ม [12] ทั้งนี้ โปรแกรมการปฏิบัติเชษฐบุหรี่ป้าเชิงบวก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ระยะเวลา รวม 6 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ สื่ออุปกรณ์ และวิธีการประเมินกิจกรรม แสดงรายละเอียดไว้ดังตารางที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโทษของบุหรี่และทักษะการปฏิเสธ (ต่อ)

วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิด	สื่อ-อุปกรณ์ (ระยะเวลา)	ประเมินกิจกรรม
2. เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยและกฎหมายของบุหรี่ร่วมกับให้นักเรียนมีทัศนคติต่อโทษของบุหรี่	1. กิจกรรมนำเข้าสู่การเรียนรู้ โดยการเปิดวิดีโอเรื่อง เกี่ยวกับโทษ และกฎหมายของบุหรี่ 2. ให้นักเรียนอภิปรายความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับโทษและกฎหมายของบุหรี่	แนวคิดการพัฒนาความรู้/ การให้สุศึกษา	-วิดีโอเรื่องเกี่ยวกับโทษและกฎหมายของบุหรี่ (40 นาที)	-ผู้นำกิจกรรมสุ่มถามนักเรียนแล้วตั้งคำถามว่าดูวิดีโอแล้วคิด หรือรู้สึกอย่างไร
3. เพื่อให้นักเรียนตระหนักถึงพิษภัยและกฎหมายของบุหรี่ร่วมกับการให้นักเรียนมีส่วนร่วมและความสนุกสนานในกิจกรรม	“เกมลูกบอลหรรษา” 1. เขียนคำถามหรือคำสั่งไว้ในกระดาษทุกแผ่นแล้วนำมาซ้อนกันให้เป็นลูกบอลกระดาษลูกใหญ่ 2. ให้นักเรียนนั่งเป็นวงกลม เปิดเพลงส่งลูกบอลกระดาษไปเรื่อยๆ เพลงหยุดกระดาษอยู่ที่ใครคนนั้นเปิดอ่านกระดาษชิ้นแรกแล้วทำตามคำสั่งหรือตอบคำถาม	-การเรียนรู้เชิงหรรษา (Edutainment)	-กระดาษ A4 -ปากกา -เพลงประกอบกิจกรรม (30 นาที)	-กระดาษคำถามในลูกบอลหรรษา
4. เพื่อให้ นักเรียนได้เรียนรู้การสื่อสารและรับสารเกี่ยวกับเรื่องพิษภัยและกฎหมายของ บุหรี่	“เกมกระซิบส่งสาร” 1. แบ่งนักเรียนออกเป็นแถวสั้นๆ 2. คนแรกของแต่ละแถวมารับกระดาษที่มีข้อความเกี่ยวกับพิษภัยและกฎหมายของ บุหรี่แล้วกระซิบบอกข้อความกับสมาชิกในแถวคนต่อไป จนถึงคนสุดท้าย 3. ให้คนสุดท้ายของแต่ละแถวเขียนข้อความลงในกระดาษ 4. สรุปผลการเรียนรู้ร่วมกับนักเรียน	-การเรียนรู้เชิงหรรษา (Edutainment) -การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม	-ข้อความเกี่ยวกับโทษและกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ -กระดาษ A4 -ปากกา (30 นาที)	กระดาษคำตอบของนักเรียน

กิจกรรมครั้งที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเพื่อปรับเจตคติและทักษะที่ดีต่อการปฏิเสธบุหรี่

วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิด	สื่อ-อุปกรณ์ (ระยะเวลา)	ประเมินกิจกรรม
เพื่อให้นักเรียนมีทัศนคติและทักษะที่ดีต่อการปฏิเสธการซื้อบุหรี่	<p>กิจกรรมสถานการณ์สมมติในการปฏิเสธการซื้อบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำกิจกรรมแบ่งนักเรียนออกเป็นกลุ่มย่อย เปิดสถานการณ์สมมติให้นักเรียนได้ชม - ให้นักเรียนทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการเขียนความคิดเห็นที่สอดคล้องกับสถานการณ์สมมติของตนเองลงบนกระดาษและให้ทุกคนนำไปติดไว้ที่กระดาษใบงานกิจกรรมของกลุ่ม - ผู้นำกิจกรรมสอนทักษะการปฏิเสธให้กับนักเรียน - ผู้นำกิจกรรมจะให้นักเรียนช่วยกันเลือกข้อความของเพื่อนที่มีเนื้อหาตรงตามทักษะการปฏิเสธที่ถูกต้อง - ทดลองแสดงตามบทบาทสมมติที่กำหนดให้ - ผู้นำกิจกรรม สรุปเนื้อหาและผลการเรียนรู้ร่วมกับนักเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติด - แนวคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง - การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม - การเรียนรู้เชิงธรรมชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> -วิดีโอสถานการณ์สมมติในการปฏิเสธการซื้อบุหรี่ -ใบความรู้ทักษะการปฏิเสธ -ใบงานกิจกรรมกลุ่ม -กระดาษ -ปากกา (120 นาที) 	<ul style="list-style-type: none"> -ใบงานกิจกรรมกลุ่ม -กระดาษที่นักเรียนเขียนข้อความการปฏิเสธบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 3 การระดมสมองและสรุปบทเรียน

วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิด	สื่อ-อุปกรณ์ (ระยะเวลา)	ประเมินกิจกรรม
เพื่อทบทวนกระบวนการและประเมินกิจกรรมทั้งหมด	<p>กิจกรรมสถานการณ์สมมติในการปฏิเสธการซื้อและการสูบบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้นักเรียนแสดงตามบทบาทสมมติที่กำหนดให้ และอภิปรายความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์สมมติการปฏิเสธบุหรี่ -การประเมินกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -แนวคิดการพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติด -พัฒนาการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> -แบบสอบถาม (120 นาที) 	<ul style="list-style-type: none"> -ให้นักเรียนแสดงความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์สมมติการปฏิเสธการสูบบุหรี่

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการปฏิบัติบูชาในเด็กประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ความรู้ เรื่อง โทษภัยบูชา วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบูชา และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนกับสถานศึกษา เป็นแบบสอบถามชนิด 3 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบูชาดีกว่าผู้ที่ ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 2 เจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติบูชา วัดโดยแบบวัดเจตคติที่มีต่อบูชา เป็นแบบสอบถาม วัดความรู้สึกเชิงประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ

จาก “น้อยที่สุด” ไปถึง “มากที่สุด” จำนวน 6 ข้อ ในเรื่องความชอบหรือไม่ชอบ ควันบูชา การถูกใช้ หรือถูกชวนให้ไปซื้อบูชา พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ซึ่งผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีเจตคติที่ไม่ดีต่อบูชาดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติบูชา ใช้การวัดด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติบูชา ลักษณะเป็นคำถามอัตนัยวัดพฤติกรรมการเขียน ข้อความปฏิเสธ จำนวน 2 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติบูชาดีกว่าผู้ที่ ได้คะแนนต่ำ เกณฑ์ในการให้คะแนน มีคะแนนเต็มข้อ ละ 5คะแนน คะแนน 5 จะหมายถึง นักเรียนเขียน คำพูดปฏิเสธครบทั้ง 5 หลักการ และจะลดหลั่นกันไปตามเกณฑ์ ซึ่งหลักการทั้ง 5 ข้อ ประกอบด้วย

หลักการ	เกณฑ์การพิจารณา
1. คำพูดสุภาพ	หนู ผม คำพูดมีหางเสียง(ครับ, ค่ะ)
2. กล้าที่จะปฏิเสธ	ไม่ไป ไม่ซื้อ ไม่สูบ เกรงว่าจะไม่ได้
3. บ่งบอกความรู้สึก	ไม่ชอบ เกลียด กลัว ชี้แจง มั่นไม่ตี ไม่อยากให้พ่อแม่ผิดหวัง
4. รักษาหน้าใจ	ขอบคุณคะ ขอขอบคุณครับ คงไม่ว่ากันนะครับ
5. ขอดตัวหรือปฏิเสธซ้ำ เมื่อถูกชวนอีก	ขอดตัวไปทำการบ้าน ขอดตัวไปอ่านหนังสือ ขอดตัวไปธุระ

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ นิเทศศาสตร์ด้านการสื่อสาร และการสร้างเครื่องมือวัด จำนวน 4 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และนิยาม พฤติกรรมที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้น

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ที่วัด ความรู้ด้วย Kuder Richardson (KR20) ได้ค่า เท่ากับ 0.625 สำหรับแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับบูชาของเด็กนักเรียนหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าอำนาจจำแนกทั้งฉบับ $\alpha = .535$ ปรับแก้ไขจนได้เครื่องมือที่มีความ สมบูรณ์และนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกรอบในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการดังนี้

1.1 จัดเตรียมความพร้อมของสถานที่วัสดุ อุปกรณ์ วิทยากร และเอกสารที่ใช้

1.2 ประกาศรับสมัครนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

1.3 กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนวัดอู่ทัยธาราม และสายนันทิพย์จำนวน 99 คน ทั้งนี้ ให้นักเรียนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์ (Pre-Test)

2. ระยะทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ในแต่ละโรงเรียน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 49 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน

2.1 กลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2557 ดำเนินการตามแนวปฏิบัติเดิม โดยให้สุศึกษาแบบกลุ่มในห้องเรียนเป็นเวลา 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลารวม 6 ชั่วโมง

2.2 กลุ่มทดลอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2557 เข้าโปรแกรมการปฏิเสบทูรีในเชิงบวก เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลารวม 6 ชั่วโมง

3. ระยะเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (เมษายน 2557) เก็บข้อมูลแบบสอบถามภายหลังเสร็จกิจกรรมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 1 เดือน (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากนักเรียน รวมถึงมีการทดลองในมนุษย์ ดังนั้น เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิและรักษาจรรยาบรรณในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยงานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยคณะทันตแพทยศาสตร์ตามหนังสือรับรอง เลขที่ 25/2557

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลรายละเอียดลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	22	44.9	17	34.0
หญิง	27	55.1	33	66.0
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
เคย	0	0	2	4.0
ไม่เคย	49	100	47	94.0
เคยแต่เลิกแล้ว	0	0	1	2.0
เคยได้รับความรู้เรื่องบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา				
เคย	26	53.1	28	56.0
ไม่เคย	13	26.5	11	22.0
ไม่แน่ใจ	10	20.4	11	22.0
เคยถูกใช้ไปซื้อบุหรี่ให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว				
เคย	34	69.4	25	50.0
ไม่เคย	15	30.6	25	50.0
เคยเห็นบุหรี่ในสื่อโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
เคย	12	24.5	13	26.0
ไม่เคย	37	75.5	37	74.0
กล้าที่จะปฏิเสธเมื่อมีคนชวนสูบบุหรี่				
กล้า	38	77.6	44	88.0
ไม่กล้า	11	22.4	6	12.0
กล้าที่จะปฏิเสธเมื่อถูกใช้ให้ไปซื้อบุหรี่				
กล้า	26	53.1	26	52.0
ไม่กล้า	23	46.9	24	48.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เรื่องบุหรี่ ร้อยละ 56.0 และ 53.1 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเคยถูกใช้ให้ไปซื้อบุหรี่ให้คนใน

ครอบครัว ร้อยละ 50.0 และ 69.4 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่ากล้าปฏิเสธเมื่อมีคนชวนสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.0 และ 77.6 ตามลำดับ และกล้าปฏิเสธเมื่อถูกใช้ให้ไปซื้อ ร้อยละ 52.0 และ 53.1 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการปฏิบัติหรืภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการปฏิบัติหรืในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติหรืในเชิงบวกจะ

มีความรู้เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่จะมีเจตคติที่ดีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติหรื พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน คือ ภายหลังการทดลองนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติหรืในเชิงบวกจะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติหรืที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อมูลแสดงไว้ดังตารางที่ 3-8

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	4.50	0.95	4.68	0.59	-1.14	0.261
กลุ่มควบคุม	4.37	0.90	4.59	0.61	-1.53	0.132

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง	4.50	0.95	4.37	0.90	-0.71	0.480
หลังทดลอง	4.68	0.59	4.59	0.61	-0.73	0.465

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เจตคติ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	25.12	4.92	27.08	3.67	-2.15	0.037*
กลุ่มควบคุม	25.96	3.40	25.28	4.85	0.16	0.874

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เจตคติ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง	25.12	4.92	25.96	3.40	0.99	0.327
หลังทดลอง	27.08	3.67	25.28	4.85	-1.46	0.147

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	2.12	1.69	5.18	2.68	-7.62	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.16	1.72	2.98	1.84	-1.98	0.054

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง	2.12	1.69	2.16	1.72	0.13	0.900
หลังทดลอง	5.18	2.68	2.98	1.84	-4.75	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ากิจกรรมในโปรแกรมการปฏิบัติเชษฐบุหรืเชิงบวกทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเชษฐบุหรืเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีสาเหตุมาจากลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรมที่มีพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักเรียนควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติเชิงเสถียร ซึ่งมีการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Master of Experience) โดยมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฝึกทักษะการปฏิบัติโดยการแสดงบทบาทสมมุติ ซึ่งเป็นผลให้นักเรียนสามารถมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเชษฐบุหรืดีขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่เคยมี เช่น การศึกษาของ ธนวัฒน์ จันดามิ [13] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรืในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยมีการสอนทักษะปฏิบัติเชษฐบุหรื ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะปฏิบัติเชษฐบุหรืดีขึ้น หรืองานวิจัยของศิริธิดา ศรีพิทักษ์และคณะ [14] ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรืในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรืที่ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของดวงกมล มงคลศิลป์ [15] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืในเด็กวัยรุ่นตอนต้น กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรา พบว่า พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มที่

ได้รับกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรืมีค่าสูงกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความรู้และเจตคติไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากระดับความรู้และเจตคติของเด็กนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความรู้และเจตคติในเรื่องดังกล่าวที่สูงมากอยู่แล้วก่อนเริ่มทดลอง โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 4.5 และ 4.37 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 5 และมีคะแนนเจตคติเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 25.12 และ 25.96 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 30 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปในการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าเด็กนักเรียนส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลความรู้เรื่องบุหรืเป็นประจำต่อเนื่องอยู่แล้วในระบบสุขศึกษาปกติของโรงเรียน แต่กิจกรรมในลักษณะการฝึกอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจยังไม่มีโอกาสได้รับมากนัก ประกอบกับ สัดส่วนของกิจกรรมในโปรแกรมที่ส่วนใหญ่จะเน้นกระบวนการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเป็นผลให้ในการศึกษาในครั้งนี้ พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในส่วนของคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเชษฐบุหรืของนักเรียนได้มากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และเจตคติ ซึ่งลักษณะของโปรแกรมการปฏิบัติเชษฐบุหรืในการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรืในเด็กประถมศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่า จะดำเนินการผ่านโครงการการศึกษาในโรงเรียนที่จัดขึ้นโดยครูผู้สอน เนื่องจากเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรืของเด็กเกิดจากความรูสึกนึกคิดของเด็กและได้รับอิทธิพลจากโรงเรียนและคนในครอบครัวและเพื่อน ซึ่งจากการที่มีการสูบบุหรืกันมากขึ้น การดำเนินโครงการในยุคนั้นจึงมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่อายุน้อยลง

โดยโครงการป้องกันหลักมุ่งเป้าไปที่สามปีแรก ของโรงเรียนประถมศึกษาที่พยายามจะทำให้ “การไม่สูบบุหรี่เป็ นบรรทัดฐานของสังคม” “No Smoking is a Norm” [16] นอกจากการจัดกิจกรรม ในลักษณะให้มีการบูรณาการกับการเรียนในชั้นเรียน แล้ว การพยายามเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กให้ ไปทำกิจกรรมอื่นๆ โดยจากการศึกษา พบว่า เด็ก ที่ทำกิจกรรมจะมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่า เด็กที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม [17] ทั้งนี้ การดำเนินการ ป้องกันการสูบบุหรี่มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการเริ่ม ดำเนินการตั้งแต่เด็กอายุน้อย เนื่องจากมีข้อมูล จำนวนมากสนับสนุนว่า คนที่สูบบุหรี่จำนวนมาก ถึงกว่าร้อยละ 89 เริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 19 ปี ดังนั้น การทำโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกัน ผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่จึงควรมีมาตรการที่เน้นไปที่ กลุ่มเยาวชน ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาที่มีการ รณรงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีการใช้ทั้ง สื่อโฆษณา และการสอนในโรงเรียนต่างๆ เหล่านี้ ช่วยลดการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้จริง [18]

จากประสิทธิผลของโปรแกรมฯที่สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียน ให้ดีขึ้นได้นั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการขยาย งานไปสู่ทันตบุคลากรทั่วประเทศ ในการบูรณา การงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับการให้ทันต สุขศึกษาในงานทันตกรรมโรงเรียนตามปกติ เพื่อให้การทำงานของวิชาชีพทันตแพทย์สามารถช่วย สนับสนุนงานควบคุมการบริโภคยาสูบของภาคี

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะในด้าน การสกัดผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ซึ่งวิชาชีพทันตแพทย์มี ความใกล้ชิดและมีโอกาสดำเนินงานได้ง่ายมากกว่า วิชาชีพอื่น อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดในกลุ่ม ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพียงตัวแทนของ นักเรียนในเขตกรุงเทพมหานครเพียงสองโรงเรียน ดังนั้น การขยายผลไปใช้จึงควรมีการพิจารณา ไปใช้ในโรงเรียนที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจากผลการวิจัยใน ภาพรวมที่มีประสิทธิผลค่อนข้างดีในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมนักเรียน จึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพดังกล่าว ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมาก ขึ้น และในบริบทที่มีความแตกต่าง เช่น ในเขต ชนบท รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามผลนักเรียน ที่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเข้าสู่ระดับมัธยมว่ามีการ สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในอนาคตหรือไม่ เพื่อผลที่ได้จะ เป็นประโยชน์ในงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน โรงเรียนประถมศึกษาของประเทศต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการปฏิเส ขบุหรี่เชิงบวก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิเส ขบุหรี่ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ ไม่พบความ แตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และเจตคติ ที่มีต่อบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxed on tobacco*. P. 1-35.
- [2] รัชนา ตานติยานนท์. (2549). "พิษภัยบุหรี่." *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. หน้า 49-79.
- [3] ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2555). *สรุปสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนังการพิมพ์.
- [4] กองทันตสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. (2556). *สรุปผลการประเมินโครงการโนนโน้เข้าโรงเรียน กทม 2556*.
- [5] สุนทร เสราศาสตร์; ปรียาภรณ์ พาเรือง; นิยม จันทน์นวล; ชลลดา ไชยกุลวัฒนา; และ อนันต์ ไชยกุลวัฒนา. (2555). การสำรวจความรู้และทัศนคติเรื่องการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *The Clinical Academia*. 36(3): 36-45.
- [6] ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่: บทบาทที่ทำหายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(2): 17-24.
- [7] ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์; สุสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร; และ วิกุล วิสาลเสสดี. (2548). *การประมวลความรู้บทบาทวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. นนทบุรี: ทันตแพทย์สภา.
- [8] ณิชวุธ แก้วสุทธา; วิกุล วิสาลเสสดี; ศศิวิมล อภิวัฒน์; และ ดลพร ถกลวิบูลย์. (2557). สถานการณ์การสูบบุหรี่ในเด็กประถมศึกษา กับ บทบาทวิชาชีพทันตแพทย์. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตรมหาวิทาลัยศรีนครินทร์ทวิโรฒ*. 7(2): 103-120.
- [9] Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and action: A Social cognitive theory*. New Jersey, NJ: Prentice-hal.
- [10] กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่น สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- [11] White, R. Children's Edutainment Centers: Learning Through Play. Available Source : <http://www.whitehutchinson.com/leisure/articles/76.shtml>. March 11, 2014.
- [12] สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. (2540). *การปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 1-40.
- [13] ธนารัตน์ จันดามี. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [14] ศิริธิดา ศรีพิทักษ์; และคณะ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. หน้า 38-52.
- [15] ดวงมล มงคลศิลป์. (2550). ผลของการใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- [16] Hrubá D1, Zaloudíková. Where do our children learn to smoke?. *Cent Eur J Public Health*. 2008 Dec; 16(4): p. 178-181.
- [17] Luis G. Escobedo, Stephen E. Marcus, Deborah Holtzman, Gary A. Giovino. Sports Participation, Age at Smoking Initiation, and the Risk of Smoking Among US High School Students. *JAMA*. 1993; 269(11): p. 1391-1395.
- [18] Paula M Lantz, Peter D Jacobson, Kenneth E Warner, JeVrey Wasserman, Harold A Pollack, Julie Berson, Alexis Ahlstrom. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*. 2000; 9: p. 47–63.