



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่
ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (ระยะที่ 2)
Alcohol Drinking and Smoking Prevention
for Hearing Impaired Adolescents (Phase II)

รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์
นางนิรวรรณ ทองระอา

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
มหาวิทยาลัยบูรพา

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่
ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (ระยะที่ 2)
Alcohol Drinking and Smoking Prevention
for Hearing Impaired Adolescents (Phase I)

รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์
นางนิรวรรณ ทองระอา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล(งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 75/2561

Acknowledgment

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant no. 75/2561)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ข้าพเจ้ารองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ประเภทงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา โครงการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (ระยะ 2)

(ภาษาอังกฤษ) Alcohol drinking and smoking prevention for hearing impaired adolescents (Phase II)

รหัสโครงการ 256106A1080008 / สัญญาเลขที่ 75/2561 ได้รับงบประมาณรวมทั้งสิ้น 397,300 บาท (สามแสนเก้าหมื่นเจ็ดพันสามร้อยบาทถ้วน) ระยะเวลาดำเนินงาน 1 ปี 6 เดือน (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 มีนาคม 2562)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment Research) มีรูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (nonequivalent control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพต่อความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนจากทั้ง 4 แหล่งกำเนิด ได้แก่ 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภายหลัง 4 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=3.683$, $p \text{ value}=.001$) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.807$, $p \text{ value}=.039$) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.563$, $p \text{ value}=.007$) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=3.726$, $p \text{ value}=.001$) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=3.816$, $p \text{ value}<.001$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.561$, $p \text{ value}=.012$) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=2.950$, $p \text{ value}=.004$) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=1.884$, $p \text{ value}=.032$) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.836$, $p \text{ value}=.035$) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=6.004$, $p \text{ value}<.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลผลิต/ ผลลัพธ์

1. บทความวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่เผยแพร่ในวารสารที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index Centre) กลุ่ม 1 อย่างน้อย 1 เรื่อง
2. แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการตีพิมพ์ซ้ำและลอกขโมย และการสนับสนุนสำหรับ วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
3. ข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุข คุณครูและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการตีพิมพ์ซ้ำและลอกขโมย และสนับสนุนให้ไปใช้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการไม่ตีพิมพ์ซ้ำและลอกขโมย ความมั่นใจในการไม่สนับสนุน ความตั้งใจในการไม่ตีพิมพ์ซ้ำและลอกขโมย ความตั้งใจในการไม่สนับสนุน และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมดังนี้

1.1 การแบ่งกลุ่มย่อยทำกิจกรรมไม่ควรเกินกลุ่มละ 10 คน และควรมีผู้ช่วยแปลภาษามือประจำกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือด้านการสื่อความหมายและกระบวนการทำงานกลุ่มให้เกิดความราบรื่น และมีความเข้าใจตรงกันในการทำงาน

1.2 สื่อทุกชนิดที่ใช้ควรเป็นภาพและมีข้อความตัวหนังสือให้น้อยเพื่อสร้างความสนใจและความเข้าใจ กิจกรรมต้องเน้นการลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ได้ใช้จินตนาการ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การเล่าเรื่องจากภาพ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างยิ่งกับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เพราะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์จากมุมมองของเขาเอง ได้แสดงออกตามความเข้าใจและมีความสุขสนาน

1.3 การให้ความรู้ไม่ควรมีเนื้อหารายละเอียดที่ลึกซึ้งมาก แต่ควรคัดเลือกเฉพาะเนื้อหาจำเป็นที่สำคัญเท่านั้น และต้องสั้นกระชับได้ใจความ ที่สำคัญคือต้องสื่อความหมายด้วยภาษามือได้เพราะเนื้อหาหรือคำพูดปกติทั่วไปบางคำไม่สามารถแปลความหมายด้วยภาษามือได้

1.4 ในการใช้ผู้ช่วยแปลภาษามือในการบรรยายหรือตอบแบบสอบถามที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง ควรมีอย่างน้อยสองคนสลับกันเพราะอาจเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการแปลลดน้อยลงได้

1.5 ในการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรม ต้องให้วัยรุ่นฯ ได้มีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง ได้รับความสนใจและช่วยเหลือเมื่อต้องการ เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความบกพร่องทางการได้ยินการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสเพียงอย่างเดียวที่ใช้คือการมองเห็น ดังนั้นหากเขาเห็นภาพจากการจ่อไม่ชัดเจน มองไม่เห็นการแสดงบทบาทสมมติของเพื่อน หรือไม่เข้าใจคำถาม วัยรุ่นฯ จะไม่สนใจทำกิจกรรมนั้นทันที

2. ผู้บริหารหรือผู้มีบทบาทเชิงนโยบายสามารถนำโปรแกรมฯ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบหรือแนวปฏิบัติ เพื่อการดูแลและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment Research) มีรูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลอง (nonequivalent control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพต่อความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น วิทยาลัยที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงาน การศึกษาพิเศษ 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura(1997) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนจากทั้ง 4 แหล่งกำเนิด ได้แก่ 1) การกระทำที่ บรรลุผลสำเร็จ 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) ภาวะทางกายและ อารมณ์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภายหลัง 4 สัปดาห์ กลุ่ม เปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ที่ระดับ นัยสำคัญสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=3.683$, p value=.001) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.807$, p value=.039) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ($t=2.563$, p value=.007) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=3.726$, p value=.001) และ ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=3.816$, p value<.001) สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.561$, p value=.012) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=2.950$, p value=.004) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์($t=1.884$, p value=.032) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่($t=1.836$, p value=.035) และ ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=6.004$, p value<.001) สูงกว่าวิทยาลัยในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้า ร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมไปประยุกต์เพื่อพัฒนากิจกรรมที่มี ความเฉพาะเจาะจงในการเสริมสร้างศักยภาพวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน อันจะนำไปสู่การป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

Abstract

This study was a quasi-experimental study with nonequivalent groups. The purpose of the study was to evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program on alcohol drinking/ smoking refusal self-efficacy, intention not to drink alcohol/ not to smoke, and health communication ability. The participants were hearing impaired adolescents studying in schools for the deaf, Special Education Bureau. They were divided into experimental and comparative groups of 40 people each. The experimental group participated in self-efficacy enhancement program. The program with a period of 5 weeks was developed based on the concept of Bandura (1997) including enactive mastery experience, modeling, verbal persuasion, physiological and affective states. The comparison group participated in the basic core curriculum. The outcomes of the study were evaluated after 4 weeks. The descriptive statistic: percentage, mean, standard deviation, and t-test were used for data analysis at the significant level of 0.05.

The results of the study:

1. The experimental group had the higher alcohol drinking refusal self-efficacy($t=3.683$, p value=.001), smoking refusal self-efficacy($t=1.807$, p value=.039), intention not to drink alcohol ($t=2.563$, p value=.007), intention not to smoke ($t=3.726$, p value=.001) , and health communication ability($t=3.816$, p value<.001), compared to those in pre-experiment significantly.
2. The experimental group had the higher alcohol drinking refusal self-efficacy($t=2.561$, p value=.012), smoking refusal self-efficacy($t=2.950$, p value=.004), intention not to drink alcohol ($t=1.884$, p value=.032) , intention not to smoke ($t=1.836$, p value=.035) , and health communication ability($t=6.004$, p value<.001), compared to those in comparative group significantly.

The study is useful for those involved to apply the program for activity development tailored to enhancing potential of adolescents with hearing impairment, so as to prevent them from risk behaviors.

สารบัญเรื่อง (Table of Contents)

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
บทคัดย่อ	จ
สารบัญเรื่อง	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย	4
วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน	8
การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน	10
ปัจจัยที่มีผลต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่น	12
การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	22
การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	27
บทที่ 4	
ข้อมูลทั่วไป	29
พฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	31

	หน้า
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	33
ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้	
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	36
อภิปรายผลการศึกษา	37
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	41
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยต่อไป	41
ผลผลิต	42
รายงานสรุปการเงิน	43
เอกสารอ้างอิง	44
ภาคผนวก	
โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	50
สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน	
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	68
เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	69
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	70
เอกสารแสดงความยินยอม	72
ประวัตินักวิจัยและคณะ	73

สารบัญตาราง
(List of tables)

	หน้า
ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	23
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	30
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	32
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจ ในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง	33
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจ ในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างก่อนและ หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง	34
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจ ในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการ ไม่สูบบุหรี่และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง	35

สารบัญภาพ
(List of illustrations)

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ	28

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน จากผลการศึกษาในโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ที่สำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 3 และ 5 ของโรงเรียนสายสามัญและนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)ปีที่ 2 โรงเรียนสายอาชีวศึกษา จากโรงเรียนในจังหวัดที่สุ่มเลือกแบ่งตามเขตการศึกษาทั่วประเทศและกรุงเทพมหานครจำนวน 196 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 38,535 คน พบว่า วัยรุ่นที่เคยดื่มสุราในชีวิต(lifetime drinking) มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปีพ.ศ. 2550, 2552 และ 2559 คิดเป็นร้อยละ 21.6, 32.6 และ 36.1 ตามลำดับ ที่น่าสนใจคืออัตราการดื่มหนัก(มากกว่า 5 หน่วย/ครั้ง) ใน 30 วันที่ผ่านมาที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นในทำนองเดียวกันอย่างชัดเจน จากร้อยละ 5.6, เป็น 6.8 และ 8.1 ตามลำดับ (ดารีกา ไสงาม และนันท์นภัส พรุเพชรแก้ว, 2559) สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-18 ปียังมีอัตราการสูบบุหรี่ไม่ลดลงจากปี พ.ศ. 2550, 2552 และ 2558 คิดเป็นร้อยละ 7.25, 7.62 และ 7.92 ตามลำดับ และจากการสำรวจล่าสุดโดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ในนักเรียนจากจังหวัดที่มีความเสี่ยงในการบริโภคยาสูบสูงและต่ำของแต่ละเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต รวม 24 จังหวัด จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 14,400 คน พบว่านักเรียนมีการสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 9.97 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ปวีณา ปั่นกระจำง และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น

ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือคนพิการทางการได้ยินที่โดยทั่วไปเรียกว่าคนหูหนวก หูตึงในประเทศไทยมีจำนวนมากเป็นอันดับสองในจำนวนคนพิการทั้งหมด รองจากคนพิการทางการเคลื่อนไหว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) จึงนับได้ว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม โดยมีการผลิตฮอร์โมนเจริญเติบโตและฮอร์โมนเพศทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการเจริญเติบโตทางร่างกายและการเจริญเติบโตทางเพศอย่างชัดเจนทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย ในช่วงอายุนี้อายุเริ่มมีความคิดที่ซับซ้อนและใช้เหตุผล มีความคิดเป็นของตนเอง มีอารมณ์หลากหลายและไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว สับสนและอ่อนไหวง่าย บางครั้งเก็บกดบางครั้งรู้สึกเป็นอิสระ หงุดหงิดและวุ่นวายใจได้ง่าย มีความสนใจอยากเรียนรู้สิ่งต่างๆสูง มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้น้อย จึงมักมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ในขณะที่สร้างมิตรภาพที่ลึกซึ้งกับเพื่อนด้วยการใช้เวลาทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน แบ่งปันความคิด

ความรู้สึก และการสนับสนุนช่วยเหลือกัน การต้องการการยอมรับในฐานะสมาชิกของกลุ่มเพื่อน ทำให้เพื่อนเข้ามา มีอิทธิพลกับวัยรุ่นอย่างมาก (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้วัยรุ่นมีโอกาสก้าวเข้าสู่ พฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจาก วัยรุ่นกลุ่มพิเศษนี้จะมีข้อจำกัดแตกต่างจากเด็กวัยรุ่นทั่วไป อาทิเช่น มีปฏิกริยาต่อสิ่งต่างๆรอบตัวช้าลงเพราะการ ไม่ได้ยินหรือได้ยินลดน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์และสังคมต่ำกว่าคนปกติ (ศรียา นิยมธรรม, 2551) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของจิตประภา ศรีอ่อน (2552) ที่พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาในโรงเรียนโสตศึกษาทุกโรงเรียนมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าใจ การสื่อสารของครูหรือสื่อต่างๆได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ และการศึกษาที่ผ่านมาอื่นๆแสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีความบกพร่อง ทางการได้ยินมีปัญหาในเรื่องความคงที่ของอารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมที่เหมาะสมน้อยกว่าเด็กปกติ แต่มี ความก้าวร้าว มีลักษณะแข่งขัน การเก็บตัวและปัญหาทางประสาทมากกว่าเด็กปกติ (ศรียา นิยมธรรม) สิ่ง เหล่านี้ทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต้องประสบกับความยากลำบากในช่วงเวลาของพัฒนาการเพื่อ การเปลี่ยนผ่านนี้มากกว่าวัยรุ่นปกติ (Brice & Strauss, 2016) ข้อจำกัดต่างๆดังกล่าวนี้ย่อมทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความ บกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป

การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ของพรนภา หอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์และประสิทธิ์ มณะโสต์ (2560) โครงการวิจัยการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (ระยะที่ 1) ซึ่งทำการศึกษาในวัยรุ่นชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลายโรงเรียนโสตศึกษาทั่วประเทศไทยจำนวน 289 คน พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ร้อยละ 49.5 สูบบุหรี่ร้อยละ 24.8 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ หลายการศึกษา อาทิเช่น การศึกษาของ Jarrett and Pignataro (2013) พบว่านักศึกษาวิทยาลัยประเทศ สหรัฐอเมริกาที่มีความพิการมีอัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมาร้อยละ 23.1 และ 69.5 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นปกติมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 15 และ 66.6 ตามลำดับ การศึกษาของ Blum, Kelly, and Ireland (2001) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา ชาวสหรัฐอเมริกาที่มีความพิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการเรียนรู้มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 32.8, 30.6, และ 26.6 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นที่มีการได้ยินปกติมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำเพียงร้อยละ 20.2 และพบว่านักเรียนที่มีความ พิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหวมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 24.2, 23.7 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นที่มีการได้ยินปกติมีอัตราการดื่มร้อยละ 16.1 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Nagarajan and Okoli (2016) สรุปว่าวัยรุ่นพิการทางกายอายุต่ำกว่า 18 ปีมีโอกาสเสี่ยงสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่น ปกติทั่วไป

ผลการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ(2560) ยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับทั้งการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่คือทัศนคติต่อการดื่ม/การสูบบุหรี่และการถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่ม/สูบ ทัศนคติที่มี ต่อพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแง่มุมต่างๆมาแล้ว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น ดีหรือไม่ดี เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ ชอบหรือไม่ ชอบ ทัศนคติตามความคิดความรู้สึกนี้จะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่อไป (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008 cited in Su, Li, Griffiths, Gao, Lau, & Mo, 2015) ทัศนคติจึงเป็นตัวทำนาย

พฤติกรรมของบุคคลที่สำคัญ (Sherman, Chassin, Presson, Seo, & Macy, 2009) วัยรุ่นผู้มีความบกพร่องทางการได้ยินส่วนใหญ่รับรู้ถึงความพึงพอใจหรือผลดีของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่จะได้รับในระยะสั้นมากกว่าผลกระทบในระยะยาว เช่น การดื่มช่วยให้ผ่อนคลายสบาย คลายเครียด ทำให้รู้สึกสนุก รู้สึกเป็นผู้ใหญ่ขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้สบายใจมีความสุข สนุก ช่วยให้ลืมปัญหาต่างๆทำให้ไม่โหม่ลดลง รู้สึกเท่ รู้สึกเป็นผู้ใหญ่ขึ้นและทำให้รู้สึกที่ตนเท่าเทียมกับคนหูดี (พรนภา หอมสินธุ์และคณะ, 2560) ทศนคติหรือความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกนี้จึงมีผลอย่างยิ่งต่อการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ (รัตติยา ทอนพลกรัง พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2558; วัลภา กุณณชิตยะ พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2558; สุริรัตน์ เวียงกมล พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2560; Bernat, Klein & Forster, 2012; Jackson, Denny, Sheridan, Fleming, Clark, Teevale, Teevale, & Ameratunga, 2014; Maggs, Staff, Patrick, Wray-Lake & Schulenberg, 2015) และการถูกชักชวนหรือทำทายเป็นสถานการณ์กดดันที่ยากลำบากสำหรับวัยรุ่นในการปฏิเสธเพื่อนและส่วนใหญ่มักไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธ ทั้งนี้เนื่องจากในวัยนี้พวกเขาต้องการการยอมรับและมีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับกลุ่มเพื่อน (Rudatsikira, Abdo, & Muulal, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่ต้องใช้ชีวิตในโรงเรียนประจำร่วมกัน ยิ่งทำให้มีความใกล้ชิดกับเพื่อนและได้รับอิทธิพลจากเพื่อนมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2553; จิราภรณ์ จันทร์แก้ว พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2558; เสาวลักษณ์ มะเขศวร พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2561; Hung, Chiang, Chang, & Yen, 2011) ดังนั้นการเสริมสร้างการรับรู้ความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ตลอดจนการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหากถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาวะการณ์ต่างๆ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2553) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทย อาทิเช่นการศึกษาของศิริญา ชมขุนทด พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย พบว่ากลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($t=4.022$, $p\text{-value}=0.001$; $t=3.053$, $p\text{-value}=0.007$) และมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($t=4.233$, $p\text{-value}<0.001$; $t=3.341$, $p\text{-value}=0.002$) การศึกษาของจุฑาวดี กมลพรมงคล พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2555) ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($F=11.459$, $p\text{-value}=.001$; $t=2.64$, $p\text{-value}<.011$; $t=2.96$, $p\text{-value}=.004$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของอารม คงพัฒน์ และกุลชลี ตันตริตนวนศ์ (2558) ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=-17.24$, $p\text{-value}<.001$; $t=-19.67$, $p\text{-value}<.001$) และมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.37$, $p\text{-value}<.001$; $t=-21.32$, $p\text{-value}<.001$) นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นด้วย (ศิรินันท์ พันธุ์สุวรรณ กนกพิชญ์ วงศ์ใหญ่ และปาณิสรา หลีควัน, 2556; ศิริพร ชูตเจือจิ้น ประไพพิศ สิงหเสม และสุदारัตน์ วุฒิศักดีไพศาล, 2560) ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในวัยรุ่นปกติทั่วไป และส่วนใหญ่ศึกษาในวัยรุ่นตอนต้นเพศชาย ไม่พบว่ามีการศึกษาดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งมีธรรมชาติ บุคลิกภาพ ความคิดความเชื่อและบริบทที่แตกต่างอย่างมากจากวัยรุ่นทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่งคือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่น/ตัวแบบ (vicarious experience/ modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective states) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต่อไป

วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพต่อความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เข้าร่วมโปรแกรมฯมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เข้าร่วมโปรแกรมฯมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน

ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และตัวแปรตาม ได้แก่ ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติชุดกิจกรรมอย่างเป็นแบบแผนเพื่อเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura (1997) ผ่านกิจกรรมต่างๆที่หลากหลาย เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1)การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (enactive mastery experience) ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่น 2)การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience/ modeling) ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ 3)การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ด้วยการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้อง การพูดกระตุ้นด้วยคำพูด และการทำพันธสัญญา และ4) ภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ด้วยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการช่วยเหลือสนับสนุน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

2. ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่เอื้อทั้งทางสังคมและสภาพอารมณ์ของตนเอง วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

3. ความมั่นใจในการไม่ดื่มสูบบุหรี่ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่แม้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่เอื้อทั้งทางสังคมและสภาพอารมณ์ของตนเอง วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

4. ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การคาดการณ์ตนเองของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตเร็วๆนี้ ภายใน 1ปี ภายใน 5 ปี และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

5. ความตั้งใจในการไม่ดื่มสูบบุหรี่ หมายถึง การคาดการณ์ตนเองของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่จะสูบบุหรี่ในอนาคตเร็วๆนี้ ภายใน 1ปี ภายใน 5 ปี และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

6. ความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ หมายถึง การประเมินความสามารถของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในการให้คำแนะนำหรือถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่นเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มและสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ในโรงเรียนเพื่อป้องกันการดื่มและสูบบุหรี่วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เป็นการปฏิบัติชุดกิจกรรมอย่างเป็นแบบแผนที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ผ่านกิจกรรมต่างๆที่หลากหลายเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (enactive mastery experience) ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่น 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience/ modeling) ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ด้วยการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้อง การพูดกระตุ้นด้วยคำพูด และการทำพันธสัญญา และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ด้วยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการช่วยเหลือสนับสนุน

การพัฒนาจากแหล่งกำเนิดทั้ง 4 แห่งดังกล่าวทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้มีโอกาสฝึกหัดและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเกิดทักษะที่เพียงพอ ได้เรียนรู้จากวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเช่นเดียวกับตน มีความคิดความเชื่อที่ถูกต้องและได้รับความชื่นชมจากผู้อื่นว่าตนมีความสามารถทำได้ และรับรู้ถึงสภาพความพร้อมภายในของตน ไม่รู้สึกตึงเครียด กัดดัน วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจึงเกิดการพัฒนาสมรรถนะภายในตนทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบ

บุหรี ตลอดจนสามารถ32650เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่อันเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นต่อไป

**โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกัน
การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่**

- 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ
(Enactive mastery experience)
ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ
การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่น
- 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น
(Vicarious experience/ Modeling)
ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ
- 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion)
ด้วยการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้อง
การพูดกระตุ้นด้วยคำพูด และการทำพันธสัญญา
- 4) ภาวะทางกายและอารมณ์
(Physiological and affective states)
ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด
การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี
และการช่วยเหลือสนับสนุน

1. ความมั่นใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่
2. ความตั้งใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่
3. ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมกับการศึกษานี้ ได้เรียบเรียงเนื้อหาสาระที่สำคัญ ได้แก่ วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ปัจจัยที่มีผลต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

วัยรุ่น หมายถึง ผู้ที่มีช่วงอายุอยู่ราว 10 – 24 ปี เป็นระยะของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นมากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในวัยนี้จึงเป็นวัยที่เปราะบางอ่อนไหวโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่มีความพิการที่รับรู้ถึงความผิดปกตินี้และกลายเป็นปมด้อย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การใช้ความรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ การมีพฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะวิวาท รวมทั้งการใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น สูบบุหรี่และดื่มสุราได้ง่าย วัยนี้จึงถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญของชีวิต มีความเปราะบางมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ การได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ด้วยความรักและความเข้าใจอย่างแท้จริงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประคับประคองให้วัยรุ่นสามารถผ่านพ้นวิกฤตินี้ไปได้เป็นอย่างดีและพัฒนาไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ (พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2560)

ความบกพร่องทางการได้ยิน คือ การสูญเสียการได้ยินอันเป็นเหตุให้การรับฟังเสียงต่างๆไม่ชัดเจน ซึ่งสามารถแบ่งความบกพร่องทางการได้ยินออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1)หูตึง (hearing loss) หมายถึง การได้ยินอยู่บ้าง สามารถรับฟังเสียงได้แต่ไม่ชัด ไม่ว่าจะใส่เครื่องช่วยฟังหรือไม่ ซึ่งหากจำแนกตามเกณฑ์การพิจารณาอัตราความพิการของหูของสมาคมโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย โดยใช้ค่าเฉลี่ยการได้ยินที่ความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ตึกว่า สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ หูตึงระดับ 1 หรือหูตึงน้อย (mild hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 26-40 เดซิเบล หูตึงระดับ 2 หรือหูตึงปานกลาง (moderate hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 41-55 เดซิเบล หูตึงระดับ 3 หรือหูตึงมาก (severe hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 56-70 เดซิเบล และหูตึงระดับ 4 หรือหูตึงรุนแรง (profound hearing loss) สูญเสียการได้ยินระหว่าง 71-90 เดซิเบล 2) หูหนวก (deaf) หมายถึง การสูญเสียการได้ยินมากตั้งแต่ 90 เดซิเบลขึ้นไป ไม่ได้ยินเสียงพูดต่างๆ อาจรับรู้เสียงบางเสียงจากการสั่นสะเทือน ถ้าสูญเสียการได้ยินระดับนี้มาแล้วกำเนิดจะพูดไม่ได้ถ้าไม่ได้รับการสอนพิเศษ ส่วนมากจะใช้ภาษามือในการติดต่อสื่อสาร (พูนพิศ อมาตยกุล สุมาลี ดีจงกิจ และพิมพ์พา ขจรธรรม, 2555)

ดังนั้นวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จึงหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10- 24 ปีที่มีภาวะหูตึงหรือหูหนวกทำให้มีการสูญเสียการได้ยิน ไม่สามารถรับฟังเสียงต่างๆได้ชัดเจนซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันตามระดับการสูญเสีย

เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างดีจากรัฐ เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ เป็นพลเมืองที่มีคุณค่า และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พระราชบัญญัติว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 10 กำหนดให้การจัดการศึกษา ต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่า และกำหนดให้ต้องจัดการศึกษาสำหรับบุคคลซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารและการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพหรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแล หรือด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา จึงมีการจัดการศึกษาในโรงเรียนพิเศษสำหรับคนหูหนวกหรือโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ที่เปิดสอนในระดับมัธยมศึกษาทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆทั่วประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง ได้แก่ ภาคกลาง 6 แห่ง ได้แก่ 1)โรงเรียนเศรษฐเสถียรในพระราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ 2)โรงเรียนโสตศึกษาทุ่งมหาเมฆ กรุงเทพฯ 3)โรงเรียนศึกษาปานเลิศ จังหวัดลพบุรี 4)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครปฐม 5)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนนทบุรี 6)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ ภาคตะวันออก 2 แห่ง ได้แก่ 7)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดชลบุรี 8)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดปราจีนบุรี ภาคเหนือ 1 แห่ง ได้แก่ 9)โรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร จังหวัดเชียงใหม่ ภาคใต้ 2 แห่ง ได้แก่ 10)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครราชสีมา 11)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา ภาคตะวันตก 3 แห่ง ได้แก่ 12)โรงเรียนโสตศึกษาเทพรัตน์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 13)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี 14)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ได้แก่ 15)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดขอนแก่น 16)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดชัยภูมิ 17)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดมุกดาหาร 18)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด 19)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสุรินทร์ 20)โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดอุดรธานี (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2561) โรงเรียนโสตศึกษาเหล่านี้นอกจากจะเปิดรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินแล้ว ในปัจจุบันยังเปิดรับนักเรียนที่มีความพิการทางสติปัญญา และออทิสติกเข้าเรียนด้วย (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2561)

โรงเรียนโสตศึกษาเป็นโรงเรียนประจำจึงมีการดูแลนักเรียนอย่างใกล้ชิดทั้งการเรียนการสอนและการดำรงชีวิตประจำวัน โดยด้านการเรียนการสอนได้ใช้หลักสูตรสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่สอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ การจัดการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือระดับอนุบาล ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีการสอนใช้วิธีการสอนรวมคือการสอนโดยใช้เครื่องช่วยฟังจากการได้ยินที่เหลืออยู่ ร่วมกับการสอนพูด การอ่านริมฝีปาก การสะกดนิ้วมือ โดยมีการปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสมกับความสามารถและศักยภาพของเด็กแต่ละคน คุณครูเป็นผู้ออกแบบการสอน เอกสารและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียน ที่ได้เน้นเนื้อหาวิชาการแต่เน้นเนื้อหาความรู้พื้นฐาน การปฏิบัติ และฝึกอาชีพต่างๆตามความถนัดและความสนใจ เช่น ทำอาหาร ตัดผม งานฝีมือ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเสริมภายในโรงเรียนและระหว่างโรงเรียนเพื่อเสริมทักษะด้วยการจัดแข่งขันกีฬา และแข่งขันศิลปหัตถกรรม เป็นต้น สำหรับด้านการดำรงชีวิตประจำวัน นักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนประจำจึงกลับบ้านทุกวันศุกร์ ทุกเดือนหรือเมื่อปิดเทอม แต่บางส่วนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอื่นเป็นที่ตั้งของโรงเรียนนั้นอาจไปกลับทุกวัน โรงเรียนมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆให้ทั้งอาหาร ที่พัก อุปกรณ์การเรียน เครื่องแต่งกาย เป็นต้น โดยไม่เสียค่าจ่าใดๆ และมีการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดโดยคุณครูประจำชั้นที่เสมือนเป็นผู้ปกครอง และครูเวร เพื่อให้การช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ มีการประสานความร่วมมือระหว่างบ้านกับโรงเรียนโดยการเยี่ยมบ้านและการพูดคุยสื่อสารระหว่างคุณครูกับผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กนักเรียนมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย มีความรู้พื้นฐาน มีทักษะชีวิต มีความพร้อมทั้งร่างกาย

อารมณ์และสังคม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุขและมีความเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ในสังคม

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน มีการสูญเสียทางประสาทสัมผัสทางการได้ยิน ทำให้มีข้อจำกัดต่างๆตามมา ได้แก่ปัญหาด้านสติปัญญาที่มีความจำและการเรียนรู้ได้น้อยกว่าเด็กปกติ การขาดวุฒิทางอารมณ์และสังคม ทำให้มีบุคลิกเก็บตัว มีความก้าวร้าว มีลักษณะการแข่งขัน มีสัมพันธ์ทางสังคมที่เหมาะสมน้อยกว่าเด็กปกติ รวมทั้งมีปัญหาทางจิตใจทำให้มีอาการทางประสาทมากกว่าเด็กปกติสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกตามมา (ศรียา นิยมธรรม, 2551) ประกอบกับพัฒนาการตามธรรมชาติของวัยรุ่นเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม ทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต้องเผชิญปัญหาการปรับตัว ปัญหาบุคลิกภาพ ปัญหาพฤติกรรมทั่วไป รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นโดยทั่วไป การศึกษาของสิจา สีลาทนาพร (2552) ที่ศึกษานักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษา โรงเรียนเศรษฐเสถียร กรุงเทพมหานคร จำนวน 228 คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (ด้านอารมณ์ ด้านการเกร/ความประพฤติ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม) จากการประเมินของตัวเด็กเอง ผู้ปกครอง และครู พบว่า เด็กประเมินตนเองว่ามีปัญหาพฤติกรรมเกร/ความประพฤติมากที่สุด ส่วนครูและผู้ปกครองมีการประเมินสอดคล้องกันว่าเด็กมีปัญหาด้านอารมณ์มากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านของเด็กมัธยมศึกษา ได้แก่ สถานภาพบิดา ความบ่อยของการถูกทำโทษโดยการตีที่บ้าน และภาษาพูดโดยใช้เครื่องช่วยฟัง โดยเด็กที่บิดามารดาแยกกันอยู่หรือเสียชีวิต ถูกทำโทษบ่อย และได้ใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมากกว่าเด็กปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตประภา ศรีอ่อน (2552) ที่พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาในโรงเรียนโสตศึกษาทุกโรงเรียนมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารของครูหรือสื่อต่างๆได้ร้อยละ 90 การศึกษาในต่างประเทศของ Peterson, O'Reilly, and Wellman (2016) เปรียบเทียบระหว่างเด็กหูหนวกและเด็กปกติชาวออสเตรเลีย จากโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอายุ 6-14 ปี จำนวน 57 คน พบว่าเด็กหูหนวกมีข้อจำกัดทางสังคมมากกว่าเด็กปกติอย่างมาก โดยเด็กหูหนวกจะมีปัญหากับกลุ่มเพื่อน รวมถึงการมีพฤติกรรมแปลกแยกทางสังคมและการขาดเพื่อน มีโอกาสน้อยมากที่จะได้แสดงบทบาทผู้นำหรือได้รับการยอมรับชื่นชมในกลุ่มเพื่อน

การตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

จากผลการศึกษาในโครงการระยะที่ 1 เรื่องการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2560) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ 20 แห่งทั่วประเทศไทย จำนวน 289 คน พบว่ามีวัยรุ่นฯประมาณครึ่งต่อครึ่งที่ไม่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 50.5 และ 49.5 ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาตามระยะของการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ พบว่า วัยรุ่นฯอยู่ในระยะมั่นใจว่าจะไม่ตีมีแน่นอนคิดเป็นร้อยละ 37.0 ลังเลใจร้อยละ 11.4 ตั้งใจจะตีมีร้อยละ 2.1 เป็นผู้ที่ไม่ตีมีร้อยละ 27.0 ตีมีบางครั้งตามโอกาสร้อยละ 21.1 และตีมีเป็นประจำร้อยละ 1.4 อายุต่ำสุดที่เริ่มต้นตีมี 7 ปี อายุสูงสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 14.4 ปี(SD=2.64) สำหรับการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นฯร้อยละ 24.9 สูบบุหรี่ และร้อยละ 75.1 ไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาตามระยะของ

การสูบบุหรี่ พบว่าอยู่ในระยะมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แน่นอนคิดเป็นร้อยละ 63.3 ลังเลใจร้อยละ 9.0 ตั้งใจจะสูบบุหรี่ 3.1 เป็นผู้ที่ไม่ทดลองสูบบุหรี่ 16.6 สูบบางครั้งตามโอกาสร้อยละ 6.9 และสูบเป็นประจำร้อยละ 1.3 อายุต่ำสุดที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ 7 ปี อายุสูงสุด 20 ปี อายุเฉลี่ย 13.9 (SD = 2.53) ข้อมูลที่น่าสนใจคือวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่ยังไม่เคยดื่มและไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน มีความลังเลใจว่าตนอาจจะมีพฤติกรรมการดื่มหรือสูบบุหรี่หากถูกเพื่อนชักชวนร้อยละ 11.4 และ 9.0 ตามลำดับ มีความตั้งใจที่จะดื่มหรือสูบบุหรี่ในอนาคตร้อยละ 2.1 และ 3.1 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงความไม่มั่นใจศักยภาพภายในของตนที่จะปฏิเสธพฤติกรรมดังกล่าวได้

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเพศชาย และหญิงมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย โดยวัยรุ่นชายมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.8 ในขณะที่เพศหญิงดื่มร้อยละ 40.0 วัยรุ่นชายเกือบร้อยละ 60 มีการคาดการณ์ว่ากลุ่มคนที่อยู่ในวัยเดียวกับตนมีการดื่มไม่เกินร้อยละ 10 ประมาณร้อยละ 30 มีเพื่อนสนิทที่ดื่มและเคยถูกชวนให้ดื่ม บิดาและหรือมารดาของวัยรุ่นชายร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมการดื่ม และมีเพียงร้อยละ 16.6 ที่ยอมรับการดื่มของบุตรได้ และพบว่าวัยรุ่นชายเพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงประมาณสามเท่าตัว โดยเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 35.7 ในขณะที่เพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 12.6 วัยรุ่นชายส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 65 มีการคาดการณ์ว่ากลุ่มคนที่อยู่ในวัยเดียวกับตนมีการสูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 10 ประมาณเกือบร้อยละ 20 มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และเคยถูกชวนให้สูบบุหรี่ บิดาและหรือมารดาของวัยรุ่นชายประมาณครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้นที่สามารถยอมรับการสูบบุหรี่ของบุตรได้

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวข้างต้นกับวัยรุ่นทั่วไป จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงกว่า และมีอายุที่เริ่มต้นดื่มและสูบบุหรี่เร็วกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยจากการสำรวจระดับชาติ พบว่าวัยรุ่นไทยเคยดื่มสุราในชีวิต ร้อยละ 36.1 (ดาริกา ไสงาม และนันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว, 2559) เริ่มต้นดื่มที่อายุเฉลี่ย 20.8 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558 อ่างในพลเทพ วิจิตรคุณากร, 2559) เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ที่พบว่าวัยรุ่นไทยทั่วไปมีประสบการณ์เคยสูบบุหรี่มาแล้วร้อยละ 23.4 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2559) เริ่มสูบบุหรี่ที่อายุเฉลี่ย 18.03 ปี (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2557) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพัฒนาการของวัยรุ่นเองตามธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากทั้งด้านร่างกายที่มีการเติบโตเชิงโครงสร้าง และพัฒนาลักษณะทางเพศที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน อันเป็นผลมาจากฮอร์โมนเจริญเติบโตและฮอร์โมนเพศด้านสติปัญญาที่มีการใช้เหตุผลมากขึ้น ด้านอารมณ์ที่มักมีอารมณ์รุนแรงไม่คงที่ สับสนอ่อนไหวง่าย มีอารมณ์แปรปรวนแม้ได้รับผลกระทบทางสังคมเพียงเล็กน้อยทำให้มีโอกาสมีความเครียดสูง และด้านสังคมที่ต้องการเป็นอิสระจากครอบครัวแต่ต้องการมิตรภาพที่ลึกซึ้งกับเพื่อนจึงให้ความสำคัญกับเพื่อนและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมาก (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งมีปัญหาเพิ่มเติมจากการมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ ภาวะด้านอารมณ์ และสังคมที่ลดลง (ศรียา นิยมธรรม, 2551) สิ่งเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต้องประสบกับความยากลำบากในช่วงเวลาของพัฒนาการเพื่อการเปลี่ยนผ่านนี้มากกว่าวัยรุ่นปกติ (Brice & Strauss, 2016) จึงทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีโอกาสเสี่ยงที่จะก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆรวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่าเด็กวัยรุ่นปกติทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษา อาทิ เช่น การศึกษาของ Jarrett and Pignataro (2013) พบว่านักศึกษาวิทยาลัยประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความพิการ

มีอัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมาร้อยละ 23.1 และ 69.5 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นปกติมีอัตราดังกล่าวร้อยละ 15 และ 66.6 ตามลำดับ การศึกษาของ Blum et al (2001) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษา สหรัฐอเมริกาที่มีความพิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการเรียนรู้มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 32.8, 30.6, และ 26.6 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นที่มีการได้ยินปกติมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำเพียงร้อยละ 20.2 และพบว่านักเรียนที่มีความพิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหวมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 24.2, 23.7 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นที่มีการได้ยินปกติมีอัตราการดื่มร้อยละ 16.1 และจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Nagarajan and Okoli (2016) สรุปได้ว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางกายมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีอาการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นทั่วไปมีสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์กับเหตุปัจจัยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในบุคคล เพื่อน ครอบครัว โรงเรียนและสังคม ปัจจัยแต่ละตัวมีขนาดของความสัมพันธ์หรืออิทธิพลต่อพฤติกรรมมากน้อยแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีความสำคัญเนื่องจากผลการศึกษาล่าสุดพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองพฤติกรรมดังกล่าวและมีขนาดของความสัมพัทธ์ค่อนข้างสูง ได้แก่ เพศทัศนคติ การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง บุคลิกภาพ ความเครียด อิทธิพลของเพื่อนทั้งการเป็นแบบอย่างและการถูกชักชวน พฤติกรรมและการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่และโรงเรียน และการเข้าถึงสื่อ เป็นต้น (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาล่าสุดของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2560) ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นชายหญิงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ ทั่วประเทศไทยจำนวน 289 คน พบว่าปัจจัยร่วม (common factors) ที่มีความสัมพันธ์กับทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่คือทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

ทัศนคติความคิดความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแง่มุมต่างๆมาแล้ว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น ดีหรือไม่ดี เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ ชอบหรือไม่ชอบ ทัศนคติตามความคิดความรู้สึกนี้จะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่อไป (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008 cited in Su et al., 2015) ทัศนคติจึงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลที่สำคัญ (Sherman et al., 2009) ในวัยรุ่นอาจมีการยึดสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมากซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ทำการตรวจสอบ ไม่ได้สร้างทางเลือกเกี่ยวกับค่านิยมและความเชื่ออย่างมีสติ แต่มีการยอมรับความรู้สึกดีขึ้นอยู่กับกลุ่มเพื่อน (นิตยา ไทยาภิรมย์ม, 2555) วัยรุ่นโดยทั่วไปส่วนใหญ่รับรู้ถึงความพึงพอใจหรือผลดีที่จะได้รับในระยะสั้นมากกว่า เช่น ช่วยคลายเครียด สนุกสนาน ได้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ได้เข้าสังคมได้รับการยอมรับ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังช่วยทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวกระตุ้น (catalyze) ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มมีความสนุกสนานและเป็นกันเอง การได้ทำความรู้จักเพื่อนใหม่หรือการพัฒนาสัมพันธ์ภาพเป็นไปได้ง่ายขึ้น (Zhang, Wang, Zhao, & Vartiainen, 2000 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

ทัศนคติหรือความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกนี้จึงมีผลอย่างยิ่งต่อการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

ผลการวิจัยหลายการศึกษายืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น อาทิเช่น การศึกษาในนักเรียนชายอาชีพศึกษาของรัตติยา ทอนพลกรังและคณะ (2558) ในจังหวัดสุรินทร์ การศึกษาของวัลภา กุณณทียะและคณะ (2558) ในจังหวัดชัยนาท พบว่า นักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกกับการดื่มมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบ 5 เท่าของนักเรียนที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดื่ม (AOR=4.69, 95%CI=2.48-8.86 และ AOR=4.85, 95%CI=2.58-9.13 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Maggs et al. (2015) ในเด็กประถมศึกษาอายุ 10-11 ปี ประเทศอังกฤษจำนวน 12,305 คน พบว่าเด็กที่มีทัศนคติทางบวกต่อการดื่มเพิ่มขึ้นทุกหนึ่งหน่วยจะมีประสบการณ์การดื่ม ดื่มจนเมาและดื่มหนักเพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (OR=1.70, 95%CI=1.51-1.91) 2.96 เท่า (OR=2.96, 95%CI=2.07-4.24) และ 4.2 เท่า (OR=4.20, 95%CI=2.66-6.61) ตามลำดับ ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติของ Jackson et al. (2014) ในนักเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 5,018 คนทั่วประเทศนิวซีแลนด์ พบว่าทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (OR=1.79, 95%CI=1.30-2.47) เสี่ยงสูง (OR=2.14, 95%CI=1.74-2.63) และเสี่ยงสูงมาก (OR=3.36, 95%CI=2.42-4.66) การศึกษาของ Koning, Engels, Verdurmen and Vollebergh (2010) ในวัยรุ่นชายที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 3,368 คน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=0.66, 95%CI=0.49-0.89)

การศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญของการสูบบุหรี่ เนื่องจากทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ทำให้บุคคลมีโอกาสเริ่มต้นสูบบุหรี่ และทำให้ความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ล้มเหลว (Sherman et al., 2009) อาทิเช่น การศึกษาของสุรรัตน์ เวียงกมล และคณะ (2560) พบว่านักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เกือบ 3 เท่าของนักเรียนที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (AOR =2.75, 95%CI=1.09-6.95) การศึกษาของสายใจ จารุจิตร รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ในนักศึกษาอาชีพศึกษาชาย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 (ปวช.3) พบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 4 เท่าของนักเรียนที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ (AOR=4.46, 95%CI=1.91-10.39) การศึกษาในต่างประเทศของ Nazarzadeh, Bidel, Ayubi, Bahrami, Jafari, Mohammadpoorasl, Delpisheh, and Taremian (2013) ที่ทำการศึกษาในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 1,064 คน เมืองแซนแฉง ประเทศอิหร่าน พบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ามีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ต่ำกว่า (OR=1.15, 95%CI=1.09-1.21) การศึกษาของ Bernat, Erickson, Widome, Perry and Forster (2008) ศึกษาในเยาวชนอายุ 12-16 ปี 3,637 คน ทั่วรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยติดตามการสูบบุหรี่ระยะยาวเป็นเวลา 3 ปี พบว่าเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ตามโอกาสมีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ 1.32 เท่า (OR=1.32, 95%CI=1.18-1.48) และ 1.93 เท่า (OR=1.93, 95%CI=1.68-2.22) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yang, Chen, Ho, & Pooh (2013) ในวัยรุ่นเชื้อสายเอเชียอเมริกัน และหมู่เกาะแปซิฟิก การศึกษาของ Bernat et al. (2012) ในเยาวชนอายุ 18-21 ปี รัฐมิชิแกน สหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษาในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2560) พบว่า วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้ม

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 5.63 เท่าของวัยรุ่นฯที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=5.63; 95%CI=2.843-11.129) วัยรุ่นฯที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูบบุหรี่เป็น 3.50 เท่าของวัยรุ่นฯที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (OR=3.50; 95%CI=1.514-8.095) และจากการวิเคราะห์รายข้อทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความคิดเห็นว่าการดื่มช่วยให้ผ่อนคลายสบาย คลายเครียด ทำให้รู้สึกสนุก รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ขึ้น เป็นเรื่องน่าทดลอง และคิดที่จะทำตามเพื่อนที่ชวน สำหรับการวิเคราะห์รายข้อทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้สบายใจมีความสุข สนุก ช่วยให้มีปัญหาต่างๆ ทำให้ไม่ไหลลง รู้สึกเท่ รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ขึ้น และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเทียบเท่ากับคนหูดี

การถูกชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่

วัยรุ่นมีพัฒนาการที่ไม่สมดุลระหว่างความไวของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบสมองส่วนอยาก หรือส่วนอารมณ์ (limbic system) และการยังไม่ถึงพร้อมของวุฒิภาวะของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมความคิด การวิเคราะห์ การวางแผน การประเมินความเสี่ยง และการตัดสินใจ วัยรุ่นจึงมีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผลแต่ในสถานการณ์ที่ถูกกระทบด้วยอารมณ์ หรือแรงกดดันอาจทำให้วัยรุ่นตัดสินใจทำห้ๆที่รู้ว่าเสี่ยง (จันทจิตา พฤษานานนท์, 2559) การถูกชักชวนหรือทำทายเป็นสถานการณ์กดดันที่ยากลำบากสำหรับวัยรุ่นในการปฏิเสธเพื่อนและส่วนใหญ่มักไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธ ทั้งนี้เนื่องจากในวัยนี้พวกเขาต้องการการยอมรับและมีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับกลุ่มเพื่อน (Rudatsikira et al., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต้องใช้ชีวิตในโรงเรียนประจําาร่วมกัน ยิ่งทำให้มีความใกล้ชิดกับเพื่อนและได้รับอิทธิพลจากเพื่อนมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป

การศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2553) ที่พบว่าการถูกชักชวนให้ดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มในระยะเวลาต่างๆของเยาวชนเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย ได้แก่ ระยะเวลาที่จะดื่ม (OR=3.27, 95%CI=1.68-6.38) ระยะเวลาทดลองดื่ม (OR=5.85, 95%CI=3.17-10.82) และระยะดื่มตามโอกาส (OR=8.47, 95%CI=4.64-15.47) และการศึกษาของ Hung et al (2011) ที่พบว่าการถูกเพื่อนคยั้นคยั่ยให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลทางอ้อมกับการดื่มของนักเรียนได้ห้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการถูกชักชวนและการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อาทิเช่น การศึกษาของจิราภรณ์ จันทรแก้ว และคณะ (2558) พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานีที่ถูกชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่ไม่ถูกชักชวนประมาณ 9 เท่า (AOR= 8.46, 95%CI=3.46-20.68) การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2554) ที่ศึกษาในวัยรุ่นเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย พบว่าการถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดเนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกระยะของการสูบบุหรี่ตั้งแต่ระยะลงใจที่จะสูบ (OR=2.01, 95%CI=1.07-3.79) ระยะเวลาทดลองสูบ (OR=9.22, 95%CI=5.24-16.22) ระยะสูบตามโอกาส (OR=6.79, 95%CI=3.95-11.65) และระยะสูบประจำ (OR=16.23, 95%CI=8.79-172.11) และจากการศึกษาล่าสุดของเสาวลักษณ์ มะเหศวร และคณะ (2561) ก็พบว่าการถูกเพื่อนชักชวนมีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ในนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา (AOR=49.04, 95%CI=16.55-145.28)

สำหรับผลการศึกษาในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2560) พบว่า วัยรุ่นฯที่เคยถูกชักชวนให้ดื่มมีความเสี่ยงที่จะดื่ม 17.94 เท่าของวัยรุ่นฯที่ไม่

เคยถูกชักชวนให้ดื่ม (OR=17.94; 95%CI=7.637-42.132) และวัยรุ่นที่ไม่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ (95 %CI=6.980-88.363)

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – efficacy) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self – efficacy) เป็นองค์ประกอบหลักในทฤษฎีพุทธิปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งพัฒนาโดย Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา Bandura หรือเดิมใช้คำว่า การคาดหวังความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองนี้มีความแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ซึ่งหมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำหรือมีพฤติกรรมนั้น โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทางกายภาพ ทางสังคม หรือทางการตอบสนองที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและลบ เช่น ของรางวัล ความเจ็บปวด การเป็นที่ยอมรับ การถูกลงโทษ ความรู้สึกพึงพอใจ การรู้สึกไร้คุณค่า เป็นต้น ตัวอย่างเช่น นักกีฬาเชื่อว่าเขาสามารถกระโดดได้สูงถึง 7 ฟุต ถือเป็น การตัดสินใจความสามารถตนเอง แต่การที่เขาเชื่อว่าเขาจะได้รับการยอมรับยกย่อง เสี่ยงปรบมือแสดงความชื่นชม ได้รับของรางวัล และมีความสุข หากสามารถกระโดดได้ 7 ฟุตสำเร็จ ถือเป็น ความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์สูงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในขณะที่บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน และหากบุคคลมีการรับรู้เพียงด้านใดด้านหนึ่งสูง บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1986, Bandura, 1997)

ปัจจัยหรือแหล่งกำเนิดที่กำหนดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (sources of self-efficacy) มาจาก 4 แหล่ง ดังต่อไปนี้ (Bandura, 1986, 1997; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560; พรนภา หอมสินธุ์, 2558; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553)

1. การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (Enactive mastery experience)

การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำๆ ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเอาชนะอุปสรรค ปัญหาหรือความยากลำบากทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดพัฒนาการ เข้มแข็งและมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่หากการประสบความสำเร็จนั้นได้มาโดยง่ายทุกครั้ง บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะท้อแท้ได้หากประสบกับความล้มเหลว บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงนี้ถึงแม้ในบางโอกาสที่ประสบกับความล้มเหลวเขาจะไม่โทษว่าเป็นเพราะตนไม่มีความสามารถ แต่จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวมากกว่า เช่น ความพยายามอาจไม่มากพอ กลวิธีที่ใช้ไม่เหมาะสม เป็นต้น และพยายามปรับปรุงแก้ไขจนประสบความสำเร็จในที่สุด ส่วนบุคคลที่ประสบความล้มเหลวบ่อย ๆ จะรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง ๆ ที่ได้ใช้ความพยายามแล้วและไม่ได้มีปัญหาจากปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ กล่าวคือหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ก็ย่อมส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประสบการณ์ความล้มเหลวหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามความคาดหวังก็

จะส่งผลทางลบทำให้บุคคลมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองลดน้อยลง การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจึงเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะเป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจากการกระทำได้สำเร็จ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนจนเกิดทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จ และมีโอกาสปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2. ประสบการณ์ของบุคคลอื่น (Vicarious experience/ Modelling)

การประเมินความสามารถของตนเองโดยทั่วไปนั้น บุคคลมักใช้วิธีการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เพราะการเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการให้คุณค่าซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมไม่สามารถวัดออกมาได้เป็นค่าตัวเลขที่ชัดเจน การได้เห็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับตนประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทำให้เกิดความรู้สึกคล้อยตามว่า “หากเขาทำได้ ฉันก็ต้องทำได้เช่นกัน” การเรียนรู้จากตัวแบบจึงมีประโยชน์อย่างมากกับบุคคลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้นๆ มาก่อน ตัวแบบนี้อาจเป็นได้ทั้งแบบอย่างที่เป็นบุคคล (living modeling) และแบบอย่างที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic modeling) ได้แก่ สื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ รายการโทรทัศน์ รูปภาพ เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้เห็นแบบอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับตนประสบความสำเร็จล้มเหลวซ้ำ ๆ ทั้ง ๆ ที่ได้ใช้ความพยายามแล้วก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำลง อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ก็อาจพบว่าการสังเกตตัวแบบที่ล้มเหลว ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นได้ถ้าหากบุคคลนั้นมั่นใจว่าเขามีวิธีการอื่นที่ดีกว่านั้น หรือในกรณีที่ได้เห็นตัวแบบที่เก่งมีความชำนาญมากแต่เกือบจะไม่ประสบความสำเร็จ อาจทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถตนเองต่ำลงเพราะบุคคลจะประเมินว่าสิ่งนั้นยากเกินกว่าที่เขาจะทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองจึงต้องให้ความสำคัญกับการเลือกตัวแบบที่เหมาะสมโดยตัวแบบควรมีลักษณะ ประสบการณ์ใกล้เคียงกับบุคคลนั้นให้มากที่สุดและประสบความสำเร็จในการกระทำที่จะทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงบันดาลใจและตระหนักถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion)

เป็นการใช้คำพูดชื่นชมจากสังคมนอกรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมที่เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่พึงพอใจของบุคคลนั้นๆ เช่น พ่อแม่ ครู และกลุ่มเพื่อนว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้ทำได้ง่ายและใช้กันทั่วไป การพูดชักจูงจากบุคคลอื่นว่าตนสามารถทำได้ ทำให้เกิดกำลังใจ และมีความพยายามเพิ่มมากขึ้นที่จะทำให้สำเร็จ ในทางตรงข้ามบุคคลที่ได้รับฟังคำพูดจากบุคคลอื่นว่าเขาไม่มีความสามารถ มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำที่คิดว่าเกินความสามารถของตนหรือหยุดการกระทำได้ง่ายๆเมื่อพบกับอุปสรรค การชักจูงด้วยคำพูดนี้จะได้ผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้พูดด้วยว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อบุคคลนั้นเพียงใด แต่การใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียวไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคล ควรใช้วิธีนี้ร่วมกับการฝึกทักษะที่ทำให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน จะทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามคำพูดชักจูงนั้นไม่ควรเป็นคำพูดที่เกินจริง ที่ทำให้ผู้ฟังรับรู้ได้ว่าเกินกว่าความสามารถที่แท้จริงของเขา เพราะจะทำให้ผู้พูดดูไม่น่าเชื่อถือและทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถตนเองลดน้อยลง ดังนั้นในการใช้วิธีการชักจูงด้วยคำพูด ผู้พูดจึงควรเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือและมีความสำคัญมากพอ นอกจากนี้ผู้พูดยังควรวิเคราะห์ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของบุคคล กล่าวชื่นชมสิ่งที่เป็นจุดแข็งของเขา เสริมกำลังใจและสะท้อนข้อมูลกลับ

ตามสภาพความเป็นจริงว่าบุคคลนั้นควรปรับเปลี่ยนอย่างไรให้เหมาะสมเพื่อแก้ไขจุดอ่อนนั้นและเกิดศักยภาพเพิ่มมากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด

4. ภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and affective states)

การผันแปรจากปฏิกิริยาทางกายที่ตอบสนองต่อความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ถือเป็นสิ่งเร้า (somatic arousal) ซึ่งบุคคลเชื่อว่าเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงความอ่อนแอของร่างกายที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ บุคคลจะประเมินความสามารถตนเองจากภาวะทางกายของตนที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยเมื่อเกิดความตึงเครียดขึ้นภาวะทางร่างกายที่แสดงออกคืออาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออกตามมือ เป็นต้น อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติหรือมีความไม่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลมีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จลดน้อยลง ในขณะที่บุคคลที่ไม่ได้ถูกรบกวนจากสิ่งเร้า มีความเป็นปกติไม่เกิดความตึงเครียด จะมีความคาดหวังในความสำเร็จมากกว่า สิ่งเร้าไม่ได้หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นอัตโนมัติเท่านั้น แต่ยังรวมถึงอาการทางกายอื่น ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า อาการเหนื่อยหอบ อาการเจ็บปวดด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอาจส่งผลที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้และแปลความของบุคคลนั้นด้วย เช่น นักฟุตบอลที่คิดว่าเขาเหงื่อออกเพราะห้องบรรยายไม่เหมาะสม ย่อมแตกต่างจากนักฟุตบอลที่คิดว่าเหงื่อออกเป็นปฏิกิริยาทางกายที่แสดงถึงความกลัวการบรรยาย บุคคลที่ถูกสิ่งเร้ากระตุ้นอารมณ์ทางลบจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำลงทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงออกได้ดีอันจะนำไปสู่ความล้มเหลวซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก แต่หากบุคคลสามารถควบคุมหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์นั้นได้จะทำให้การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถนั้นดีขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งเร้าในระดับที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งส่งเสริมความสามารถของบุคคล แต่หากมากเกินไปจะเป็นตัวลดทอนความสามารถของบุคคลได้ บุคคลที่มองว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นมาจากความบกพร่องของตนเองมีแนวโน้มที่จะรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่าบุคคลที่มองว่าสิ่งเร้าเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติที่สามารถเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้อารมณ์ก็มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลเช่นกัน คนที่อยู่ในอารมณ์เศร้ามักคิดถึงความล้มเหลวที่ผ่านมา ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ต่างจากบุคคลที่มีอารมณ์แจ่มใส เบิกบาน ที่มักคิดถึงความสำเร็จที่ตนได้รับทำให้มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลจึงควรดูแลและเฝ้าระวังการผันแปรของสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกร่วมด้วย โดยต้องส่งเสริมให้บุคคลมีสภาพร่างกายที่พร้อม และต้องลดระดับความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบของบุคคล รวมทั้งแก้ไขความเชื่อหรือความคิดเห็นที่ผิดต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นไทย อาทิเช่นการศึกษาต่อไปนี้

การศึกษาของศิริญา ชมขุนทด และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย โดยทำการศึกษาในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จากโรงเรียนในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ด้วยการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละครั้ง และประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วยกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเรียนรู้จากตัวแบบถึงแนว

ทางการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ผ่านวิดีโอ และการพูดคุยของพ่อแม่กับบุตรตามหลักการ 5' A (Anticipatory, Asking, Advice, Asisting, Arranging) เพื่ออธิบายโทษของบุหรี่และความคาดหวังของครอบครัว พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($t=4.022$, $p\text{-value}=.001$; $t=3.053$, $p\text{-value}=.007$ ตามลำดับ) และมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($t=4.233$, $p\text{-value}<.001$; $t=3.341$, $p\text{-value}=.002$ ตามลำดับ)

การศึกษาของจุฑาทวี กมลพรมงคล และคณะ (2555) ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย โดยทำการศึกษาในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 3 จังหวัดชลบุรี ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ด้วยการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆ ละครั้ง และประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเรียนรู้จากตัวแบบทางวิดีโอ การได้รับกำลังใจและแรงจูงใจจากกลุ่มเพื่อน และการเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์และการจัดการจัดการอารมณ์ พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($F=11.459$, $p\text{-value}=.001$; $t=2.64$, $p\text{-value}<.01$; $t=2.96$, $p\text{-value}=.004$ ตามลำดับ)

การศึกษาของอารม คงพัฒน์ และกุลชลี ตันติรัตน์วงศ์ (2558) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน ตำบลเกาะศรีบอยา อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยโปรแกรมฯ ได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 10 ชั่วโมง ประเมินผลภายหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยการดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ Smart Camp ของสถาบันัญญารักษ์ ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างความตระหนักถึงโทษและพิษภัยบุหรี่ กิจกรรมเพื่อนรักเพื่อเรียนรู้ถึงการคบเพื่อนและการเป็นเพื่อนที่ดี กิจกรรมสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ด้วยการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด การได้พูดคุยระบายอารมณ์ กิจกรรม Smart kids เพื่อรับรู้ถึงคุณค่าภายในตนจากการได้สร้างผลงานได้สำเร็จ และกิจกรรม Stop Danger เพื่อเรียนรู้ทักษะการปฏิเสธและการแก้ปัญหาจากตัวแบบ หากถูกชักชวนในสถานการณ์ต่างๆ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=-17.24$, $p\text{-value}<.001$; $t=-19.67$, $p\text{-value}<.001$) และมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.37$, $p\text{-value}<.001$; $t=-21.32$, $p\text{-value}<.001$)

การศึกษาของประสิทธิ์ ไกรราช พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายตอนต้น โดยทำการศึกษาในนักเรียนชายที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 ระยะเวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ โปรแกรมฯได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละครั้งและประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความคาดหวังในผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเรียนรู้จากตัวแบบและประสบการณ์ตรงในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกลุ่มเพื่อนและวิถีทัศน์ การฝึกทักษะหลีกเลี่ยงหากถูกชักชวนในสถานการณ์ตามบทบาทสมมติ การวิเคราะห์ปัจจัยชักนำต่างๆและการแก้ไขปัญหา การส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ และสร้างพันธสัญญาในกลุ่มเพื่อนเพื่อพัฒนาความตั้งใจ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความคาดหวังในผลของการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามแตกต่างกัน ($F=14.63$, $p\text{-value}<.001$; $F=22.34$, $p\text{-value}<.001$) โดยคะแนนหลังการทดลองและติดตามผลเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของวันดี ทับทิมทอง สุวรรณมา จันทรประเสริฐ และพรนภา หอมสินธุ์ (2555) ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวังในผล และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายตอนต้น โดยทำการศึกษาในวัยรุ่นชายตอนต้นอายุ 11-14 ปีที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 จากโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ โปรแกรมฯได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละครั้งและประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมประกอบด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการประเมิน การทบทวนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่และการจัดการความเครียด การฝึกให้เกิดทักษะการปฏิเสธ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และการทำพันธสัญญาร่วมกัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผล ของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($F=297.53$, $p\text{-value}<.001$; $F=213.67$, $p\text{-value}<.001$ ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ด้านการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ด้านการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นให้สูบบุหรี่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และการปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($F=171.92$, $p\text{-value}<.001$; $F=429.86$, $p\text{-value}<.001$; $F=424.90$, $p\text{-value}<.001$; $F=100.31$, $p\text{-value}<.001$; $F=150.58$, $p\text{-value}<.001$ ตามลำดับ)

การศึกษาของศิริพร ชูดีเจ้อจิ้น และคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียน โดยทำการศึกษาในนักเรียนอายุ 14-15 ปีจากโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ โปรแกรมฯได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura และแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ๆละครั้งและประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมประกอบด้วยการกำหนดสถานการณ์จำลองและใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกทักษะผ่านแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรม

สุขภาพทางเพศ ประกอบกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทักษะการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนและสิ่งแวดล้อม ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และทักษะการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพทางเพศและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t=2.998$, $p\text{-value}=.004$; $t=5.48$, $p\text{-value}<.001$ ตามลำดับ)

การศึกษาของศิริพันธ์ พันธุ์สุวรรณ และคณะ(2556) ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในนักเรียนหญิงตอนกลางที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอำเภอเขต 1 ระยะเวลา ทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกและการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura ในการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ๆละสองครั้งและประเมินหลังการทดลองเสร็จสิ้น กิจกรรมประกอบด้วย การเสริมสร้างเจตคติเพื่อการตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศศึกษา การเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาและการเจรจาต่อรอง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($t=-7.56$, $p\text{-value}=.001$; $t=9.38$, $p\text{-value}=.001$ ตามลำดับ) และพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t=6.99$, $p\text{-value}=.001$; $t=-8.86$, $p\text{-value}=.001$ ตามลำดับ)

โดยสรุปการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในวัยรุ่นปกติทั่วไป และส่วนใหญ่ศึกษาในวัยรุ่นตอนต้นเพศชาย เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การมีคาดหวังในผลลัพธ์ที่ถูกต้อง การมีทักษะการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการศึกษาดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งมีธรรมชาติบุคลิกภาพ ความคิดความเชื่อและบริบทที่แตกต่างอย่างมากจากวัยรุ่นทั่วไป

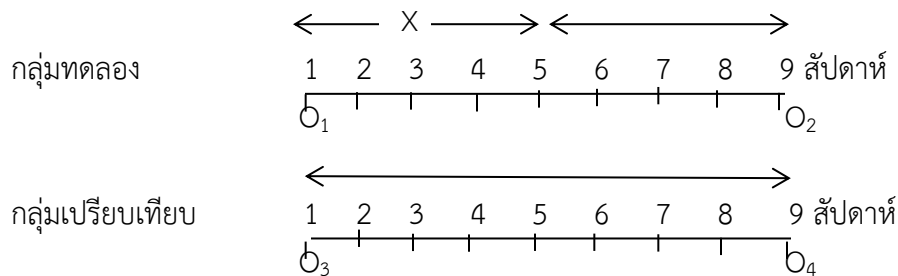
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัยและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ วิธีการทดลอง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment Research) มีรูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest posttest design with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพต่อความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ในวัยรุ่นที่ความบกพร่องทางการได้ยิน โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ



O₁, O₃ หมายถึง การวัดความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

O₃, O₄ หมายถึง การวัดความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นตอนกลางขึ้นไป(อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)ทั้งเพศชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ การมีภาวะหูตึงหรือหูหนวก ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนกลางขึ้นไป(อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)ทั้งเพศชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ การมีภาวะหูตึงหรือหูหนวก ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดชลบุรี และโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครปฐม โรงเรียนละ 40 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่า $\alpha = .01$ power $(1-\beta) = .95$ และ effect size = 1.058 จากการคำนวณโดยใช้ผลการศึกษาของศิริกัญญา ชมขุนทด และคณะ (2557) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน อย่างไรก็ตามได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% เพื่อป้องกันการลดน้อยถอยลงของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสิ้นจำนวนกลุ่มละ 40 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครปฐมและโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และสุ่มเลือกนักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในแต่ละโรงเรียนดังกล่าวโรงเรียนละ 40 คน เพื่อเป็นตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีปัญหาการเรียนรู้อื่นๆ 2) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

เป็นชุดกิจกรรมอย่างเป็นแบบแผนเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในการไม่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง(self-efficacy) ของ Bandura ผ่านกิจกรรมต่างๆที่หลากหลาย เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนเองทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (enactive mastery experience) ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่น 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience/ modeling) ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ด้วยการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้อง การพูดกระตุ้นด้วยคำพูด และการทำพันธสัญญา และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ด้วยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการช่วยเหลือสนับสนุน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังรายละเอียดของการพัฒนาโปรแกรมฯในตารางที่ 1

ตารางที่1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดการปรับเปลี่ยน	แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรม
<p>- ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่</p> <p>- ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่</p>	<p>การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self efficacy)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (Enactive mastery experience) ● การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience/ Modeling) ● การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ภาวะทางกายและอารมณ์ 	<p>- กิจกรรม “ไม่ผิดที่จะปฏิเสธ” เป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ต่างๆ</p> <p>-กิจกรรม “บอกต่อ”เป็นการเรียนรู้วิธีการถ่ายทอดข้อมูลที่เป็นประโยชน์สู่ผู้อื่นและการคิดสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อการเผยแพร่ข้อมูล</p> <p>-กิจกรรม “ทำจริง...รู้จริง”เป็นการลงมือปฏิบัติจริงตามแผนการเผยแพร่ความรู้ที่วางไว้</p> <p>-กิจกรรม”เธอทำได้ฉันทำได้..ไม่ดื่ม ไม่สูบ”เป็นการเรียนรู้จากแบบอย่างที่เป็นบุคคล (living modeling) โดยวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนในการเป็นแบบอย่างความประพฤติที่ดีและประสบความสำเร็จ</p> <p>-กิจกรรม“เขา-เรา เท่าเทียม” เพื่อยอมรับในความเท่าเทียมและความสามารถระหว่างตนเองและผู้อื่น</p> <p>-กิจกรรม“พิชภัยร้ายเหล่า- บุหรี่”เป็นการได้รับความรู้และวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์สาเหตุและโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เพื่อเกิดความตระหนักและเสริมสร้างทัศนคติเชิงลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่</p> <p>-การพูดกระตุ้น ให้กำลังใจและชมเชยในความสำเร็จ</p> <p>-การทำพันธสัญญาใจร่วมกัน</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) 	<p>-สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย</p> <p>-กิจกรรม “รู้จัก...รู้ทันความเครียด”เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ดี</p> <p>-การให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และสนับสนุน</p>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 52 ข้อ ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

1.1) ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ปกครอง เป็นต้น จำนวน 7 ข้อ

1.2) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

1.2.1) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม/ไม่ดื่ม สูบบุหรี่/ไม่สูบ ของบิดามารดาและเพื่อนสนิท จำนวน 6 ข้อ

1.2.2) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง วัดโดยแบบสอบถามจากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2553) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง จำนวน 1 ข้อ โดยมี 6 ตัวเลือก ได้แก่ (1) ไม่เคยดื่มเหล้าเลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต (2) ทดลองดื่มเหล้าไม่เกิน 1 แก้วหรือ 1 กระป๋อง (3) เคยดื่มเหล้าประจำแต่เลิกดื่มมานานแล้ว (4) ปัจจุบันดื่มเหล้าเป็นบางครั้งตามโอกาสต่างๆ เช่น เมื่ออยู่รวมกับเพื่อน ไปเที่ยว งานเลี้ยง (5) ปัจจุบันดื่มเหล้าทุกสัปดาห์ และ(6)ปัจจุบันดื่มเหล้าทุกวัน

1.2.3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง วัดโดยแบบสอบถามจากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2554) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของตนเอง จำนวน 1 ข้อ โดยมี 6 ตัวเลือก ได้แก่ (1) ไม่เคยสูบบุหรี่เลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต (2) ทดลองสูบบุหรี่เพียง 1-4 มวนเท่านั้น (3) เคยสูบบุหรี่ประจำแต่เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว (4) ปัจจุบันสูบบุหรี่บางครั้งตามโอกาสต่างๆ เช่น เมื่ออยู่รวมกับเพื่อน ไปเที่ยว งานเลี้ยง (5) ปัจจุบันสูบบุหรี่ทุกสัปดาห์ และ(6) ปัจจุบันสูบบุหรี่ทุกวัน

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่

2.1) แบบสอบถามความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นข้อคำถามถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่เอื้อทั้งทางสังคมและสภาพอารมณ์ของตนเอง จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ไม่ดื่มแน่นอน ไม่แน่ใจ และดื่ม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่ดื่มแน่นอน	3
ไม่แน่ใจ	2
ดื่ม	1

คะแนนอยู่ในช่วง 12-36 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความมั่นใจในการไม่ดื่มฯมาก

2.2) แบบสอบถามความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นข้อคำถามถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่แม้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่เอื้อทั้งทางสังคมและสภาพอารมณ์ของตนเอง จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ไม่สูบบุหรี่แน่นอน ไม่แน่ใจ และสูบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่สูบบุหรี่แน่นอน	3
ไม่แน่ใจ	2
สูบบุหรี่	1

คะแนนอยู่ในช่วง 12-36 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่มาก
ส่วนที่ 3 ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่

3.1) แบบสอบถามความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นข้อคำถามถึงการคาดการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองในอนาคตเร็วๆนี้ ภายใน 1ปี ภายใน 5 ปี และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ไม่ดื่ม ไม่แน่ใจ และดื่ม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่ดื่ม	3
ไม่แน่ใจ	2
ดื่ม	1

คะแนนอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความตั้งใจในการไม่ดื่มมาก

3.2) แบบสอบถามความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นข้อคำถามถึงการคาดการณ์การสูบบุหรี่ของตนเองในอนาคตเร็วๆนี้ ภายใน 1ปี ภายใน 5 ปี และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ไม่สูบบุหรี่ ไม่แน่ใจ และสูบบุหรี่ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่สูบบุหรี่	3
ไม่แน่ใจ	2
สูบบุหรี่	1

คะแนนอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่มาก

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการประเมินความสามารถของตนเองในการให้คำแนะนำหรือถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่นเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มและสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ในโรงเรียนเพื่อป้องกันการดื่มและสูบบุหรี่ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า(rating scale) 3 ระดับ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่ใช่	3
ไม่แน่ใจ	2
ใช่	1

คะแนนอยู่ในช่วง 5-15 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามือ 2 คน ปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทและความเข้าใจด้านภาษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หลังจากนั้นให้เด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน 2 คนตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาอีกครั้งและยืนยันว่าแบบสอบถามที่ปรับแล้วมีความหมายตรงกับต้นฉบับเดิมที่สร้าง แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้พิการทางการได้ยิน 3 ท่าน (ภาคผนวก: รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ) หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (try out) ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม(reliability) ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความมั่นใจตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94, 0.98 , 0.93, 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

- 1) ติดต่อประสานงานกับโรงเรียนที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตทำการศึกษา
- 2) ประสานงานกับครูเพื่อแจกแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาล่วงหน้าก่อนวันเก็บข้อมูลจริง 1 สัปดาห์
- 3) ฝึกอบรมครูผู้ช่วยวิจัยที่สามารถสื่อสารภาษามือจำนวนโรงเรียนละ 2 คน เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและโปรแกรมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เพื่อมีความเข้าใจตรงกันและสามารถช่วยเหลือเป็นผู้สื่อสารในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมของโปรแกรมฯในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 9 สัปดาห์ ดังนี้

- 1) สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 1.30 ชั่วโมง
 - 1.1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test)
 - 1.2) กิจกรรม “เขา-เรา เท่าเทียม” เพื่อสร้างความตระหนักถึงคุณค่า ความสามารถของตนเองที่ไม่แตกต่างจากคนอื่น ด้วยการดูวิดีโอ เรื่อง “เอกชัย วรรณแก้ว ผู้เขียนชีวิตด้วยปลายเท้า”
 - 1.3) กิจกรรม “พิชภัยร้ายเหล่า-บุหรี” เพื่อสร้างความตระหนักถึงโทษ/ผลกระทบจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ด้วยการเรียนรู้ผ่านการบรรยายและกิจกรรมกลุ่ม
- 2) สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 2.30 ชั่วโมง
 - 2.1) กิจกรรม “เธอทำได้ฉันทำได้....ไม่ตี ไม่สูบ” เพื่อตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่สามารถ

ทำได้เช่นเดียวกันกับคนอื่นทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเช่นเดียวกันและเป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนในการเป็นแบบอย่างด้านความประพฤติที่ดี ประสบความสำเร็จ และไม่สูบบุหรี่(living modeling) และสร้างพันธสัญญาใจแสดงความจำนงค์ร่วมกันที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่

2.2) กิจกรรม “รู้จัก...รู้ทันความเครียด” เพื่อเรียนรู้การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ด้วยการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์สาเหตุความเครียด วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและการแสดงบทบาทสมมติ

2.3) กิจกรรม “ไม่ผิดที่จะปฏิเสธ” เพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ ด้วยการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ก่ดดันต่างๆ และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้และลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ

3) สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาทั้งสิ้น 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรม “บอกต่อ” เพื่อถ่ายทอดข้อมูลที่เป็นประโยชน์สู่ผู้อื่น ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อมูล และการระดมสมองสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆที่มีการวางแผนอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมร่วมกันเพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ให้แก่ผู้อื่นอย่างกว้างขวางต่อไป

4) สัปดาห์ที่ 4-5

กิจกรรม “ทำจริง...รู้จริง” เพื่อสร้างประสบการณ์การปฏิบัติจริงอย่างมีแบบแผน ทำให้ตระหนักในคุณค่าและศักยภาพภายในของตนเองเพิ่มมากขึ้น ด้วยการมอบหมายความรับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามแผนที่วางไว้ และมีการติดตามประเมินผล การให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและสนับสนุน ชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5) สัปดาห์ที่ 9 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test)

กลุ่มเปรียบเทียบ

ดำเนินกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test)

2) สัปดาห์ที่ 9 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test)

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยได้มอบชุด “โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน” พร้อมสื่อแก่อาจารย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง และได้ทำความเข้าใจถึงวิธีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯตลอดจนการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม

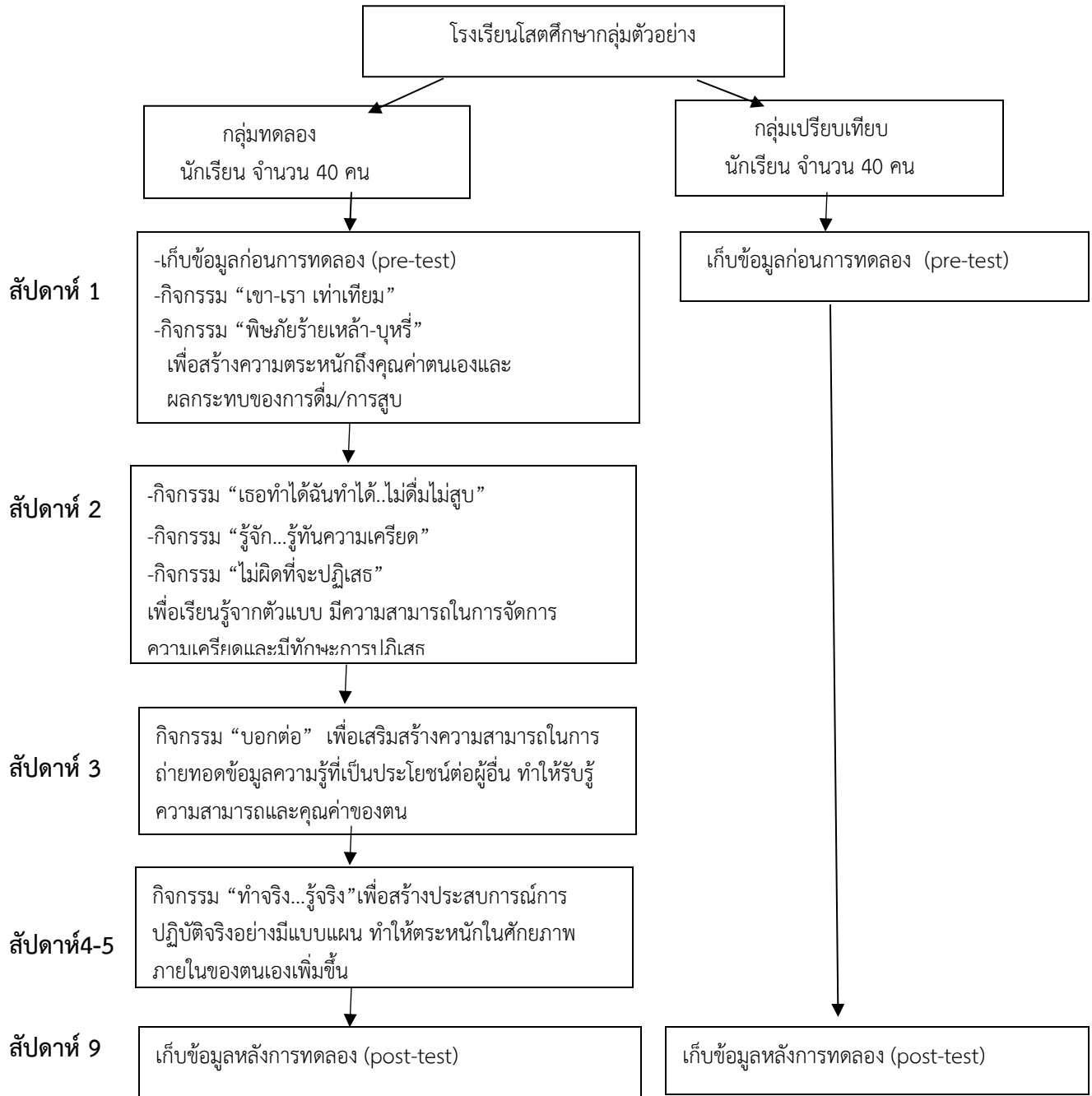
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยนี้ผ่านการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 256106A1080008 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2561 ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง(นักเรียน) เป็นลายลักษณ์อักษร(informed consent) ผู้วิจัยได้อธิบายข้อความในเอกสารให้

กลุ่มตัวอย่างเข้าใจโดยผ่านการแปลจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามือ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐานตามแบบฟอร์มที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว การเข้าร่วมการศึกษาเป็นความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลเสียหรือถูกกลั่นแกล้งใดๆทั้งสิ้น รวมถึงการให้ความมั่นใจในการเก็บรักษาข้อมูล ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้รับเงินค่าตอบแทนการเสียเวลา ผลการศึกษาที่ได้ถูกนำเสนอในภาพรวมมิได้ระบุนักเรียนคนใดหรือโรงเรียนหนึ่งโรงเรียนใดเป็นการเฉพาะเจาะจง



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันการตีเครื่องตี แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ดังนั้นการนำเสนอผลการศึกษาก็ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

2. พฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายและหญิงคิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 62.5 ตามลำดับ เป็นวัยรุ่นตอนกลางร้อยละ 57.5 อายุน้อยสุด 15 ปี สูงสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 17.33 (SD=1.979) ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 พอๆกันคิดเป็นร้อยละ 35.0, 20.0, 25.0, และ 20.0 ตามลำดับ บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.0 บิดามีอาชีพค้าขาย/อาชีพส่วนตัว รับจ้างทั่วไป และลูกจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 35.0, 20.0, และ 17.5 ตามลำดับ ส่วนมารดามีอาชีพค้าขาย/อาชีพส่วนตัว รับจ้างทั่วไป และลูกจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 32.5, 25.0, และ 15.0 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายและหญิงคิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 45.0 ตามลำดับ เป็นวัยรุ่นตอนกลางร้อยละ 45.0 อายุน้อยสุด 15 ปี สูงสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 17.55 (SD=1.782) เกือบทั้งหมดร้อยละ 97.5 นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 พอๆกันคิดเป็นร้อยละ 12.5, 30.0, 25.0, และ 32.5 ตามลำดับ บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.0 บิดามีอาชีพค้าขาย/อาชีพส่วนตัว รับจ้างทั่วไป และลูกจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 35.5, 25.0, 20.0 ตามลำดับ ส่วนมารดามีอาชีพค้าขาย/อาชีพส่วนตัว อยู่กับบ้าน ไม่ได้ทำงาน และลูกจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 32.5, 22.5, และ 15.0 ตามลำดับ

เมื่อนำความแตกต่างดังกล่าวมาทดสอบทางสถิติ พบว่าเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = .178, .595, .359, .100, และ .210 ตามลำดับ) แสดงว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.178 ^a
ชาย	15	37.5	22	55.0	
หญิง	25	62.5	18	45.0	
อายุ					.595 ^b
วัยรุ่นตอนกลาง (15-17ปี)	23	57.5	18	45.0	
วัยรุ่นตอนปลาย(18-24ปี)	17	42.5	22	55.0	
<i>Min, Max, Mean (SD)</i>	<i>15, 23, 17.33(1.979)</i>		<i>15, 22, 17.55(1.782)</i>		
ศาสนา					.359 ^a
พุทธ	36	90.0	39	97.5	
คริสต์ อิสลาม	4	10.0	1	2.5	
ระดับการศึกษา					.100 ^a
มัธยมศึกษาปีที่ 3	14	35.0	5	12.5	
มัธยมศึกษาปีที่ 4	8	20.0	12	30.0	
มัธยมศึกษาปีที่ 5	10	25.0	10	25.0	
มัธยมศึกษาปีที่ 6	8	20.0	13	32.5	
สถานภาพสมรสบิดามารดา					.210 ^a
คู่	26	65.0	32	80.0	
หม้าย หย่า แยก	14	35.0	8	20.0	
อาชีพบิดา					
อยู่กับบ้าน ไม่ได้ทำงาน	7	17.5	4	10.0	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	5.0	1	2.5	
เกษตรกร	2	5.0	3	7.5	
ค้าขาย/ อาชีพส่วนตัว	14	35.0	14	35.5	
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	7	17.5	8	20.0	
รับจ้างทั่วไป	8	20.0	10	25.0	
อาชีพมารดา					
อยู่กับบ้าน ไม่ได้ทำงาน	5	12.5	9	22.5	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	5.0	4	10.0	
เกษตรกร	4	10.0	3	7.5	
ค้าขาย/ อาชีพส่วนตัว	13	32.5	13	32.5	
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	6	15.0	6	15.0	
รับจ้างทั่วไป	10	25.0	5	12.5	

a= chi-square test; b= independent t-test

พฤติกรรมการณ์ที่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการณ์ที่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของบิดามารดา และเพื่อนสนิทในกลุ่มทดลอง พบว่ามีบิดามารดาและเพื่อนสนิทที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 65.0 และร้อยละ 35.0 ตามลำดับ บิดามารดาและเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ร้อยละ 40.0 และ 20.0 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีบิดามารดาและเพื่อนสนิทที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 55.0 และร้อยละ 45.0 ตามลำดับ บิดามารดาและเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ร้อยละ 40.0 และ 32.5 ตามลำดับ

พฤติกรรมการณ์ที่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลองมีการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.5 ในจำนวนผู้ที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ทดลองตี้ม เคยตี้มแต่เลิกตี้มแล้ว ตี้มตามโอกาส และตี้มประจำคิดเป็นร้อยละ 60.9, 13.0, 17.4 และ 8.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 65.0 ในจำนวนผู้ที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ทดลองตี้ม เคยตี้มแต่เลิกตี้มแล้ว ตี้มตามโอกาส และตี้มประจำคิดเป็นร้อยละ 34.6, 15.4, 34.6 และ 15.4 ตามลำดับ

พฤติกรรมการณ์สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลองมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 37.5 ในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่ามีผู้ทดลองสูบ เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว สูบตามโอกาส และสูบประจำคิดเป็นร้อยละ 46.7, 33.3, 13.3 และ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 45.0 ในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่ามีผู้ทดลองสูบ เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว สูบตามโอกาส และสูบประจำคิดเป็นร้อยละ 33.3, 27.8, 27.8 และ 11.1 ตามลำดับ

เมื่อนำความแตกต่างข้างต้นของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติก็พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งพฤติกรรมการณ์ที่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของบิดามารดา (p value = .494) การสูบบุหรี่ของบิดามารดา (p value = 1.000) การตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท (p value = .494) และการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท (p value = .310) นั้นแสดงว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการณ์ที่เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของบิดามารดา การสูบบุหรี่ของบิดามารดา การตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท และการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

พฤติกรรมการดื่ม/การสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การดื่มของบิดามารดา/ ผู้ปกครอง					.494 ^a
ไม่ดื่ม	14	35.0	18	45.0	
ดื่ม	26	65.0	22	55.0	
การดื่มของเพื่อนสนิท					.494 ^a
ไม่ดื่ม	26	65.0	22	55.0	
ดื่ม	14	35.0	18	45.0	
การสูบบุหรี่ของบิดามารดา/ผู้ปกครอง					1.000 ^a
ไม่สูบบุหรี่	24	60.0	24	60.0	
สูบบุหรี่	16	40.0	16	40.0	
การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท					.310 ^a
ไม่สูบบุหรี่	32	80.0	27	67.5	
สูบบุหรี่	8	20.0	13	32.5	
พฤติกรรมการดื่ม					.647 ^a
ไม่ดื่ม	17	42.5	14	35.0	
ดื่ม	23	57.5	26	65.0	
ทดลองดื่ม	14	60.9	9	34.6	
เคยดื่ม/เลิกดื่ม	3	13.0	4	15.4	
ดื่มตามโอกาส	4	17.4	9	34.6	
ดื่มประจำ	2	8.7	4	15.4	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					.650 ^a
ไม่สูบบุหรี่	25	62.5	22	55.0	
สูบบุหรี่	15	37.5	18	45.0	
ทดลองสูบบุหรี่	7	46.7	6	33.3	
เคยสูบบุหรี่/เลิกสูบบุหรี่	5	33.3	5	27.8	
สูบบุหรี่ตามโอกาส	2	13.3	5	27.8	
สูบบุหรี่ประจำ	1	6.7	2	11.1	

a= chi-square test

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนดังกล่าวไม่แตกต่างกันมากนัก โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 29.03(SD=4.503) และ 29.63(SD=6.585) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 33.53(SD=4.977) และ 32.17(SD=6.441) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 10.48(SD=1.339) และ 10.25(SD=2.227) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 10.55(SD=1.218) และ 10.88(SD=2.040) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ เท่ากับ 10.98(SD=3.853) และ 10.18(SD=3.273) ตามลำดับ

เมื่อนำความแตกต่างดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=-0.476$, p value=.636) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.049$, p value=.297) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=-0.547$, p value=.586) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=-0.865$, p value=.390) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=1.001$, p value=.320) นั้นแสดงว่าในระยะก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ความมั่นใจไม่ดื่ม	29.03	4.503	29.63	6.585	-0.476	78	.636
ความมั่นใจไม่สูบ	33.53	4.977	32.17	6.441	1.049	78	.297
ความตั้งใจไม่ดื่ม	10.48	1.339	10.25	2.227	.547	78	.586
ความตั้งใจไม่สูบ	10.55	1.218	10.88	2.040	-.865	78	.390
ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้	10.98	3.853	10.18	3.273	1.001	78	.320

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนดังกล่าวสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยหลังการทดลองและก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 32.60(SD=4.618) และ 29.03 (SD=4.503) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 35.13(SD=2.300) และ 33.53(SD=4.977) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 11.18(SD=1.318) และ 10.48(SD=1.339) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 11.60(SD=1.150) และ 10.55(SD=1.218) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ เท่ากับ 13.75(SD=1.721) และ 10.98(SD=3.853) ตามลำดับ

เมื่อนำความแตกต่างดังกล่าวระหว่างภายหลังการทดลองและก่อนการทดลองมาทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=3.683$, p value=.001) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.807$, p value=.039) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.563$, p value=.007) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=3.726$, p value=.001) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=3.816$, p value<.001) นั้นแสดงว่าในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ความมั่นใจไม่ดื่ม	29.03	4.503	32.60	4.618	3.683	39	.001
ความมั่นใจไม่สูบบุหรี่	33.53	4.977	35.13	2.300	1.807	39	.039
ความตั้งใจไม่ดื่ม	10.48	1.339	11.18	1.318	2.563	39	.007
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่	10.55	1.218	11.60	1.150	3.726	39	.001
ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้	10.98	3.853	13.75	1.721	3.816	39	<.001

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 32.60(SD=4.618) และ 29.70(SD=5.473) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 35.13(SD=2.300) และ 32.38(SD=5.471) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 11.18(SD=1.318) และ 10.55(SD=1.632) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 11.60(SD=1.150) และ 10.95(SD=1.921) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ เท่ากับ 13.75(SD=1.721) และ 10.38(SD=3.111) ตามลำดับ

เมื่อนำความแตกต่างดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.561$, p value=.012) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=2.950$, p value=.004) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=1.884$, p value=.032) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.836$, p value=.035) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=6.004$, p value<.001) นั้นแสดงว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ความมั่นใจไม่ดื่ม	32.6	4.618	29.7	5.473	2.561	78	.012
ความมั่นใจไม่สูบบุหรี่	35.13	2.300	32.38	5.471	2.950	78	.004
ความตั้งใจไม่ดื่ม	11.18	1.318	10.55	1.632	1.884	78	.032
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่	11.60	1.150	10.95	1.921	1.836	78	.035
ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้	13.75	1.721	10.38	3.111	6.004	78	<.001

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment Research) มีรูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (nonequivalent control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพต่อความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยโปรแกรมฯพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในตนจากทั้ง 4 แหล่งกำเนิด ได้แก่ 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (enactive mastery experience) ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่น 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience/ modeling) ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ด้วยการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้อง การพูดกระตุ้นด้วยคำพูด และการทำพันธสัญญา และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ด้วยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการช่วยเหลือสนับสนุน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผ่านกิจกรรมต่างๆที่มีลักษณะของการใช้กระบวนการกลุ่ม อาทิเช่น การแสดงบทบาทสมมติ การวาดภาพการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น และภายหลัง 4 สัปดาห์ได้ติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ .05

สรุปผลการศึกษา

1. วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=3.683$, $p \text{ value}=.001$) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.807$, $p \text{ value}=.039$) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.563$, $p \text{ value}=.007$) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=3.726$, $p \text{ value}=.001$) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=3.816$, $p \text{ value}<.001$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=2.561$, $p \text{ value}=.012$) ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=2.950$, $p \text{ value}=.004$) ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($t=1.884$, $p \text{ value}=.032$) ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ($t=1.836$, $p \text{ value}=.035$) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ ($t=6.004$, $p \text{ value}<.001$) สูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

อภิปรายผลการศึกษา

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจในการไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ดังกล่าวเกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกัน การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่หลากหลายเพื่อเสริมสร้างให้เกิดสมรรถนะภายในตนจากแหล่งกำเนิดทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ (enactive mastery experience) 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น(modeling) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) ภาวะทางกายและอารมณ์(physiological and affective states) ดังนี้

1) การชักจูงด้วยคำพูด เป็นการแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจและแสดงความเชื่อมั่นว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถกระทำสำเร็จ (Bandura, 1997) กิจกรรม “เขา-เรา เท่าเทียม” จึงเป็นกิจกรรมแรกที่จัดให้แก่วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยการให้ชมวิดิทัศน์เรื่องราวของผู้พิการทางกายแต่ยังสามารถดำรงชีวิตประจำวัน และหาเลี้ยงชีพอย่างมีศักดิ์ศรีไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป จากการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความรู้สึกต่อเรื่องราวดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นฯตระหนักถึงความพิการของตนว่าไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการประสบความสำเร็จในชีวิต ตนยังสามารถทำประโยชน์และสามารถพัฒนาตนเองได้เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นฯตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง หลังจากนั้นได้จัดกิจกรรม “พิชัยร้ายเหล่า-บุหรี” ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลถึงโทษของการมีพฤติกรรมตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เพื่อสร้างความตระหนัก และตลอดเวลาของการจัดกิจกรรมต่างทุกกิจกรรมผู้วิจัย ครู ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและเพื่อนในกลุ่มมีการแสดงความเชื่อมั่น ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาว่าวัยรุ่นฯจะสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ทำให้วัยรุ่นฯตระหนักถึงศักยภาพภายในของตนและรับรู้ถึงความสามารถของตนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป

2) การเรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความตระหนักว่าตนก็สามารถทำได้เช่นเดียวกัน (Bandura, 1997) จากการจัดกิจกรรม “เธอทำได้ฉันทำได้.....ไม่ตี ไม่สูบ” ด้วยการใช้ตัวแบบบุคคล(living modeling) ที่เป็นนักเรียนผู้มีความบกพร่องทางการได้ยิน มีบุคลิกดีและมีความสามารถเป็นที่ยอมรับของนักเรียนในโรงเรียน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์กดดันหรือสิ่งเร้าต่างๆให้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ เช่น เพื่อนชวน เพื่อนข่มขู่ เครียด สื่อยั่วยุตต่างๆ ตลอดจนวิธีคิดหรือวิธีการที่ใช้เพื่อทำให้สามารถหลีกเลี่ยงจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การพูดคุยแลกเปลี่ยนดังกล่าวได้รับความสนใจจากวัยรุ่นฯเป็นอย่างดีเนื่องจากตัวแบบเป็นเพื่อนที่คุ้นเคยในโรงเรียน จึงมีประสบการณ์ตรงคล้ายๆกันและการสื่อสารกันเองระหว่างวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินด้วยภาษามือทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง เป็นกันเอง และมีความ

สนุกสนาน ตัวแบบได้ฝากข้อคิดโดยใช้ภาษามือแปลความหมายได้ว่า “เราเป็นคน ไม่ใช่สัตว์มีเขา เราจึงฉลาดกว่า จึงไม่ควรคิดที่จะตีเครื่องตีแมลงกอลหรือสูบบุหรี่” กิจกรรมนี้ทำให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้และนึกเปรียบเทียบ ตัวแบบกับตนเอง เกิดความตระหนักว่าตนก็สามารถไม่ตีเครื่องตีแมลงกอลและไม่สูบบุหรี่ได้เช่นเดียวกัน เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง สุดท้ายของกิจกรรมวัยรุ่นทุกคนได้แสดงความจำนงค์ที่จะไม่ตีเครื่องตีแมลงกอลและไม่สูบบุหรี่ด้วยการเขียนข้อความในกระดาษรูปหัวใจและติดประกาศให้คนอื่นรับทราบ ถือเป็นการตัดสินใจและทำพันธสัญญาใจร่วมกันที่จะไม่ตีเครื่องตีแมลงกอลและไม่สูบบุหรี่

3) การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุดเพราะเป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจากการกระทำได้สำเร็จ(Bandura, 1997) กิจกรรม “ไม่ผิดที่จะปฏิเสธ” เริ่มกิจกรรมโดยให้วัยรุ่นรู้จักคุณสมบัติของเพื่อนที่ดีคือต้องมีความรักความปรารถนาดีต่อกัน ช่วยเหลือส่งเสริมซึ่งกันและกันในทางที่ดี ไม่ชักนำไปสู่สิ่งที่ไม่ดีรวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ หลังจากนั้นได้จัดกิจกรรมเรียนรู้การปฏิเสธตามหลักการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และฝึกแสดงบทบาทสมมติปฏิเสธการตีเครื่องตีแมลงกอลหรือสูบบุหรี่ในที่ถูกชักชวนในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่วัยรุ่นทั่วไปต้องเผชิญและส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิเสธได้ การแสดงบทบาทสมมติทำให้วัยรุ่นได้จินตนาการสร้างเรื่องราวที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่พวกเขาต้องเผชิญ ได้ฝึกทักษะการปฏิเสธตามหลักการจนสามารถทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้ค้นพบและร่วมกันหาแนวทางขจัดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิเสธเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธ ทำให้วัยรุ่นเกิดความเข้มแข็งและมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการตีเครื่องตีแมลงกอลและการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น กิจกรรม “บอกต่อ” ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การประชุมระดมสมองคิดสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตีเครื่องตีแมลงกอลและการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่กิจกรรม “ทำจริง...รู้จริง” ที่เป็นการปฏิบัติจริงตามแผนที่วางไว้ในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 โดยมีคุณครูในโรงเรียนเป็นที่ปรึกษาและให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ พบว่าการดำเนินการสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำๆ นี้จะยิ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเกิดความมุ่งมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการตีเครื่องตีแมลงกอลและสูบบุหรี่เพิ่มมากยิ่งขึ้น

4) ภาวะทางกายและอารมณ์ที่มีความตึงเครียด วิตกกังวล อ่อนเพลียเหนื่อยล้าจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่พร้อม ส่งผลให้บุคคลมีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จลดน้อยลงได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นมีความคงที่ของสภาวะทางกายและทางอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ(Bandura, 1997) กิจกรรม “รู้จัก...รู้ทันความเครียด” ด้วยการให้วัยรุ่นรู้จักความเครียด วิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม วัยรุ่นวิเคราะห์ได้ว่าสาเหตุของความเครียดมาจากหลายสาเหตุ เช่น ทะเลาะกับเพื่อนหรือพ่อแม่ เรียนไม่รู้เรื่อง ความกดดันจากครอบครัว ความไม่เข้าใจของพ่อแม่หรือแฟน ทำการบ้านเสร็จ ไม่ได้ไปเที่ยว เป็นต้น และสรุปได้ว่าการผ่อนคลายความเครียดมีหลากหลายวิธีซึ่งต้องเลือกเองตามความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น ออกกำลังกาย ไปเที่ยว ดูหนังฟังเพลง นอนพักผ่อน อ่านหนังสือ คุยกับเพื่อน ทำสมาธิเข้าวัดทำบุญ เล่นเกมส์ ปรึกษาพ่อแม่ เป็นต้น โดยตลอดการจัดกิจกรรมต่างๆ มีลักษณะของการใช้กระบวนการกลุ่มในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแสดงบทบาทสมมติ การวาดภาพ แผนภาพความคิด (mind mapping) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การนำเสนอ เป็นต้น รวมทั้งมีการช่วยเหลือ สนับสนุนจาก

กลุ่มเพื่อน ครูและผู้วิจัย ทำให้วัยรุ่นฯไม่รู้สีกกกดดัน สนุกสนาน รู้สึกเป็นอิสระที่จะได้คิดและได้ลงมือปฏิบัติ ทำให้มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ นอกจากนี้ตลอดเวลาของการจัดกิจกรรมผู้วิจัย ครู ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆและเพื่อนในกลุ่มมีการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมกันซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา ทำให้วัยรุ่นฯรู้ถึงสภาพความพร้อมและศักยภาพภายในของตนอย่างเต็มที่

สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาวดี กมลพรมงคล และคณะ (2555) พบว่า การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura ส่งผลให้นักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 3 จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($F=11.459$, $p\text{-value}=0.001$) สูงกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และการศึกษาของประสิทธิ์ ไกรราช และคณะ (2555) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองและกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 ที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามแตกต่างกัน ($F=14.63$, $p\text{-value}<0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริญา ชมขุนทด และคณะ (2557) ในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และการศึกษาของวันดี ทับทิมทอง และคณะ (2555) ในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองส่งผลให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

ผลการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ เกิดจากการที่วัยรุ่นฯได้เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญคือ “พิชภัยร้ายเหล่า-บุหรื”ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สาเหตุและผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ด้วยการประชุมระดมสมอง การวาดภาพ การอภิปรายและนำเสนอ ทำให้วัยรุ่นฯได้มีโอกาสย้อนคิด ทบทวนถึงสภาพปัญหาดังกล่าว ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระทั่วถึงในกลุ่มย่อย มีการสรุปสาเหตุและผลกระทบออกมาเป็นภาพวาดได้อย่างชัดเจน ถึงสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่มา จากตัววัยรุ่นเอง ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง ความเชื่อที่ผิด ความเครียด การถูกเพื่อนชักชวนหรือบังคับ การทำตามเพื่อน การเลียนแบบจากพ่อแม่ ความอบอุ่นในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ความต้องการความสนุกสนาน การเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆและสังคมออนไลน์ สำหรับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ก็มีการสรุปได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นฯมีความเข้าใจและเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่โดยตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว ความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ (Bandura, 1977 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2553) Bandura เชื่อว่าระดับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนี้จะเป็แรงจูงใจให้บุคคลเกิดการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ และความตั้งใจจะมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้

ความสามารถของตนเองและระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (2005 อ้างใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) ความตั้งใจจึงถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญในการทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุด (Fishbein, 2009)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของของศิริญา ชมขุนทด และคณะ (2557) ที่พบว่าการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้นักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา มีความตั้งใจไม่สูบบุหรี่หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($t=3.053$, $p\text{-value}=.007$) และมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($t=3.341$, $p\text{-value}=.002$) และการศึกษาของรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนากิจกรรมหลายระดับ(multi-level intervention) ซึ่งรวมถึงการเสริมสร้างความสามารถในตนเองด้วยการให้ข้อมูลสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้จากตัวแบบ และการฝึกทักษะการปฏิเสธ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่กำลังศึกษาในโรงเรียนขยายโอกาส สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 จังหวัดชลบุรี ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความตั้งใจในการสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และในระยะติดตามสามเดือน ($F=5.62$, $p\text{-value}=<.01$)

ผลการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ เกิดจากกิจกรรม “บอกต่อ” ที่ให้วัยรุ่นฯ ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ด้วยชุดความรู้แก่ผู้อื่นอาจเป็นเพื่อน พ่อแม่ ญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ อย่างน้อย 2 ราย ภายใน 1 สัปดาห์โดยต้องมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร พบว่าวัยรุ่นฯ สามารถถ่ายทอดข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีความเป็นธรรมชาติ การได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ทำให้เกิดกระบวนการคิดทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ จากการได้รับการอบรมและจากประสบการณ์ตรงของตนที่ได้นำไปปรับใช้ ทำให้เกิดการเรียงความรู้ใหม่ตามความเข้าใจของตนแล้วบอกเล่าออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจ นอกจากนี้วัยรุ่นฯ ยังได้ประชุมระดมสมองคิดสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่ตนมีความรู้แก่เพื่อนนักเรียนในโรงเรียน ผลการประชุมได้เสนอกิจกรรมที่น่าสนใจและสามารถดำเนินการได้จริง ได้แก่ การเล่าเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่หน้าเสาธงตอนเช้า การแสดงละคร การจัดบอร์ดความรู้เพื่อการรณรงค์ไม่ดื่มและไม่สูบ การส่งเสริมด้านกีฬาและสันทนาการ กิจกรรมดังกล่าวได้มีการวางแผนร่วมกันถึงวิธีดำเนินการและผู้รับผิดชอบ ซึ่งนำมาสู่กิจกรรม “ทำจริง...รู้จริง” ที่เป็นการปฏิบัติจริงตามแผนที่วางไว้ในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 โดยมีคุณครูในโรงเรียนเป็นที่ปรึกษาและให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมได้มีการนำเสนอผลการดำเนินการ พบว่าการดำเนินการสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ได้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงที่ทำให้ต้องแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์แก่คนอื่น สะท้อนถึงกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมทั้งหมดที่เกิดขึ้น จากความเข้าใจและเชื่อมั่น การตัดสินใจนำไปปรับใช้ และสุดท้ายสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารนั้นด้วยการบอกต่อข้อมูลเพื่อสุขภาวะที่ดีของตนเองและบุคคลอื่น สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารนี้เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถาม การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นเข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น (Nutbeam, 2000 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) สิ่งนี้ถือเป็นผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เห็นเป็น

รูปธรรม ที่ในปัจจุบันหมายถึงการมีความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายสุขภาพที่สำคัญ (Ishikawa & Kiuchi, 2010)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุข คุณครูและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นี้ ไปใช้ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการไม่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจในการไม่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมดังนี้

1.1 การแบ่งกลุ่มย่อยทำกิจกรรมไม่ควรเกินกลุ่มละ 10 คน และควรมีผู้ช่วยแปลภาษามือประจำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือด้านการสื่อความหมายและกระบวนการทำงานกลุ่มให้เกิดความราบรื่น และมีความเข้าใจตรงกันในการทำงาน

1.2 สื่อทุกชนิดที่ใช้ควรเป็นภาพและมีข้อความตัวหนังสือให้น้อยเพื่อสร้างความสนใจและความเข้าใจ กิจกรรมต้องเน้นการลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ได้ใช้จินตนาการ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การเล่าเรื่องจากภาพ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างยิ่งกับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เพราะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์จากมุมมองของเขาเอง ได้แสดงออกตามความเข้าใจและมีความสุขสนุกสนาน

1.3 การให้ความรู้ไม่ควรมีเนื้อหารายละเอียดที่ลึกซึ้งมาก แต่ควรคัดเลือกเฉพาะเนื้อหาจำเป็นที่สำคัญเท่านั้น และต้องสั้นกระชับได้ใจความ ที่สำคัญคือต้องสื่อความหมายด้วยภาษามือได้เพราะเนื้อหาหรือคำพูดปกติทั่วไปบางคำไม่สามารถแปลความหมายด้วยภาษามือได้

1.4 ในการใช้ผู้ช่วยแปลภาษามือในการบรรยายหรือตอบแบบสอบถามที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง ควรมีอย่างน้อยสองคนสลับกันเพราะอาจเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการแปลลดน้อยลงได้

1.5 ในการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรม ต้องให้วัยรุ่นฯได้มีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง ได้รับความสนใจและช่วยเหลือเมื่อต้องการ เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความบกพร่องทางการได้ยินการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสเพียงอย่างเดียวที่ใช้คือการมองเห็น ดังนั้นหากเขาเห็นภาพจากการจอไม่ชัดเจน มองไม่เห็นการแสดงบทบาทสมมติของเพื่อน หรือไม่เข้าใจคำถาม วัยรุ่นฯจะไม่สนใจทำกิจกรรมนั้นทันที

2. ผู้บริหารหรือผู้มีบทบาทเชิงนโยบายสามารถนำโปรแกรมฯไปเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบหรือแนวปฏิบัติ เพื่อการดูแลและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯที่เน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจากทั้ง 4 แหล่งกำเนิดตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้ความรุนแรง เป็นต้น โดย

มีการติดตามประเมินเป็นระยะๆ เพื่อสามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และความคงอยู่ของผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ควบนำผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความพิการประเภทอื่น เช่น พิการทางการเคลื่อนไหว พิการทางสายตา เนื่องจากอาจมีคุณลักษณะที่เป็นข้อจำกัด และมีบริบทสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ผลผลิต

1. บทความวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่เผยแพร่ในวารสารที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index Centre) กลุ่ม 1 อย่างน้อย 1 เรื่อง
2. แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
3. ข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

รายงานสรุปการเงิน

เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย (256106A1080008) สัญญาเลขที่ 75/2561
โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ การป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(ระยะที่ 2)

หัวหน้าโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%) 198,650 บาท เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2560

งวดที่ 2 (40%) 158,920 บาท เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561

งวดที่ 3 (10%) 39,730 บาท เมื่อวันที่....

รวม 397,300 บาท

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1.ค่าตอบแทน ค่าธรรมเนียม	183,487	186,000	-
2.ค่าใช้สอย	194,500	194,500	-
3.ค่าวัสดุ	14,313	14,000	-
4.ค่าสาธารณูปโภค	5,000	2,800	-
- ค่าโทรศัพท์			
- ค่าไปรษณีย์			
รวม	397,300	397,300	-

(.....)

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
- จันทร์จิตา พุกขานานนท์. (2559). *พัฒนาการของสมองและการรู้คิดในวัยรุ่น*. ใน รสวันต์ อาริมิตร, สุกัญญา อินอิ้ว, บุญยิ่ง มานะปริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี, และสมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล (บ.ก.), *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น* (น. 139-149). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- จิตประภา ศรีอ่อน. (2552). *รายงานการวิจัยการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินกรณีศึกษา: สถานศึกษาสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน(โรงเรียนโสตศึกษา)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ จันทร์แก้ว, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(2), 99-109.
- จุฑาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 84-99.
- ดาริกา ไสงาม และนันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว. (2559). *พฤติกรรมเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย*. ใน อุดมศักดิ์ แซ่ไฉ่, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัจฉรวงศ์กรชัย (บ.ก.), *ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย* (น. 17-22). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- นิตยา ไทยาภิรมณ์. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่น*. ใน พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น (บ.ก.), *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย* (น. 155-209). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ประสิทธิ์ ไกรราช, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2555). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายตอนต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(1), 1-14.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). *แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2553). ความเชื่อ แบบแผนการดื่มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะต่างๆของเยาวชนไทยในเขตภาคตะวันออก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 5(2), 28-39.
- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2554). ปัจจัยเสี่ยงในแต่ละลำดับขั้นของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเขตภาคตะวันออกของไทย. *วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (สังคมศาสตร์)*, 43(1), 75-90.

- พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และประสิทธิ์ มณะโสตร์. (2560). รายงานวิจัยการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน(ระยะที่ 1). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พลเทพ วิจิตรคุณากร. (2559). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยในปัจจุบัน. ใน อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย (บ.ก.), ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย (น. 12-16). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- พูนพิศ อมาตยกุล, สุมาลี ตีจงกิจ, และพิมพ์พา ขจรธรรม. (2555). ความรู้พื้นฐาน เรื่องความพิการและคนพิการ. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- รัตติยา ทอนพลัง, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรานั้นเป็นครั้งคราวของนักเรียนชายอาชีวศึกษา ในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 29-42.
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ผลของโปรแกรมป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่ใช้โรงเรียนเป็นฐานต่อการทดลองสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(3), 50-67.
- วันดี ทับทิมทอง, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และพรนภา หอมสินธุ์. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวังในผล และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายตอนต้น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 33-43.
- วัลภา กุณยธิยะ, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 11-26.
- ศรีัญญา เบญจกุล. (2557). ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ. สืบค้น 7 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.youblisher.com/p/1241884-สถ-ต-สถานการณ์-กฎหมาย/>
- ศรียา นิยมธรรม. (2551). ความบกพร่องทางการได้ยิน: ผลกระทบทางจิตวิทยา การศึกษาและสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แว่นแก้ว.
- ศิริัญญา ชมขุนทด, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2557). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายประถมศึกษา อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 91-103.
- ศรินันท์ พันธุ์สุวรรณ กนกพิชญ์ วงศ์ใหญ่ และปานิสรา หลีค้วน. (2556). ผลของการพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 40(4), 68-79.
- ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น ประไพพิศ สิงหเสม และสุภารัตน์ วุฒิกัดดีไพศาล. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 268-280.

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจ่าง, และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). *บทที่ 3 การเฝ้าระวังมิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง*. ใน ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ และปวีณา ปั่นกระจ่าง (บ.ก.), *สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559* (น.20-47). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายใจ จารุจิตร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ประจำของนักเรียนชายวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดจันทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 59-71.
- ลีจา ลีลาทนาพร. (2552). การศึกษาพฤติกรรมในเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน. *กุมารเวชสาร*, 16(1), 18-28.
- สุริรัตน์ เวียงกมล, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์ (2560). ต้นทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ระยะแรกของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31, 89-107.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *บทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. (2561). *ประวัติความเป็นมา*. สืบค้น 14 กรกฎาคม 2561, จาก <http://special.obec.go.th/article1.php>
- เสาวลักษณ์ มะเหศวร, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1), 15-30.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อารม คงพัฒน์ และกุลชลี ตันติรัตน์วงศ์ (2558) ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ตำบลเกาะศรีบอยา อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 409-426.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bernat, D. H., Erickson, D. J., Widome, R., Perry, C. L., & Forster, J. L. (2008). Adolescent smoking trajectories: Results from a population-based cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 43, 334-340.

- Bernat, D. H., Klein, E. G., & Forster, J. L. (2012). Smoking initiation during young adulthood: A longitudinal study of a population based cohort. *Journal of Adolescent Health, 51*, 497-502.
- Blum, R. W., Kelly, A., & Ireland, M. (2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *Journal of Adolescent Health, 28*, 481-490.
- Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 7*, 67-76.
- Fishbein, M. (2009). *Emerging theories in health promotion practice and research*. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion (2nd)* (pp 215-234). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hung, C., Chiang, Y., Chang, H., & Yen, L. (2011). Path of socialization and cognitive factors' effects on adolescents' alcohol use in Taiwan. *Addictive Behaviors, 36*, 807-8163.
- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). *Health literacy and health communication*. BioPsychoSocial Medicine. <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/18>.
- Jackson, N., Denny, S., Sheridan, J., Fleming, T., Clark, T., Teevale, C., Teevale, T., & Ameratunga, S. (2014). Predictors of drinking patterns in adolescence: A latent class analysis. *Drug and Dependence, 135*, 133-139.
- Jarrett, T., & Pignataro, R. M. (2013). Cigarette smoking among college students with disabilities: National college health assessment II, Fall 2008-Spring 2009. *Disability and Health Journal, 6*, 204-212.
- Koning, I. M., Engels, R. C. M. E., Verdurmen, J. E. E., & Vollebergh, W. A. M. (2010). Alcohol-specific socialization practices and alcohol use in Dutch early adolescents. *Journal of Adolescence, 33*, 93-100.
- Maggs, J. L., Staff, J., Patrick, M. E., Wray-Lake, L., & Schulenberg, J. E. (2015). Alcohol use at the cusp of adolescence: A prospective national birth cohort study of prevalence and risk factors. *Journal of Adolescent Health, 56*, 639-645.
- Nagarajan, V. D., & Okoli, C. T. C. (2016). A systematic review of tobacco use among adolescents with physical disabilities. *Public Health, 133*, 107-115.
- Nazarzadeh, M., Bidel, Z, Ayubi, E., Bahrami, A., Jafari, F., Mohammadpoorasl, A., Delpisheh, A., & Taremian, F. (2013). Smoking status in Iranian male adolescents: A cross-sectional study and a meta-analysis. *Addictive Behaviors, 38*, 2214-2218.

- Peterson, C. C., O'Reilly, K., & Wellman, H. M. (2016). Deaf and hearing children's development of theory of mind, peer popularity, and leadership during middle childhood. *Journal of Experimental Child Psychology, 149*, 146-158.
- Rudatsikira, E., Abdo, A., & Muulal, A. S. (2007). Prevalence and determinants of adolescent tobacco smoking in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health, 7*, 176-181.
- Sherman, S. J., Chassin, L., Presson, C., Seo, D., & Macy, J. T. (2009). The intergenerational transmission of implicit and explicit attitudes toward smoking: Predicting adolescent smoking initiation. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*, 313-319.
- Su, X., Li, L., Griffiths, S. M., Gao, Y., Lau, J. T. F., & Mo, P. K. H. (2015). Smoking behaviors and intentions among adolescents in rural China: The application of the theory of planned behavior and the role of social influence. *Addictive Behaviors, 48*, 44-51.
- Yang, F., Chen, W. J. Y., Ho, M. R., & Pooh, K. (2013). Psychosocial correlates of cigarette smoking among Asian American and Pacific Islander adolescents. *Addictive Behaviors, 38*, 2013.

ภาคผนวก
(Appendix)

โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ 7 แผน ดังนี้

- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 1 เขา-เรา เท่าเทียม
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 2 พิษภัยร้าย เหล้า-บุหรี่
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 3 เธอทำได้ฉันทำได้...ไม่ดื่ม ไม่สูบ
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 4 รู้จัก..รู้ทันความเครียด
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 5 ไม่ผิดที่จะปฏิเสธ
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 6 บอกต่อ...
- แผนจัดการเรียนรู้ที่ 7 ทำจริง...รู้จริง

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 1

เขา - เรา เท่าเทียม

1. สาระสำคัญ

การเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่นว่ามีความเท่าเทียม ไม่ได้มีความแตกต่างกันในความเป็นมนุษย์ ย่อมทำให้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าที่เป็นศักยภาพภายในของแต่ละคน และทำให้เกิดการยอมรับในความแตกต่างของคนอื่น

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและผู้อื่น

3. เวลา

30 นาที

4. สื่อ/ อุปกรณ์

- 4.1 วิดีทัศน์ เรื่อง “เอกชัย วรรณแก้ว ผู้เขียนชีวิตด้วยปลายเท้า”
- 4.2 ป้ายชื่อ
- 4.3 ปากกาเมจิก

5. วิธีการจัดกิจกรรม

5.1 แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 8-10 คน

5.2 กิจกรรมกลุ่ม รู้จักเขา-เรา

5.2.1 วิทยากรแจกป้ายชื่อและปากกาให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคน เพื่อให้ทุกคนเขียนชื่อเล่น และวาดภาพสิ่งที่สามารถสะท้อนความเป็นตัวตนของตนเองได้ดีที่สุดเช่น สัตว์ ดอกไม้ หรือสิ่งของต่างๆ

5.2.2 ให้ทุกคนอธิบายให้กลุ่มรับทราบถึงชื่อและภาพที่วาดว่าสื่อความหมายถึงตนเองอย่างไรที่ละคน

5.2.3 มอบหมายให้แต่ละกลุ่มร่วมกันคิดสัญลักษณ์ท่าทางประจำกลุ่ม

5.3 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้คุณค่าที่เท่าเทียม

5.3.1 ชมวิดีโอ เรื่อง “เอกชัย วรรณแก้ว ผู้เขียนชีวิตด้วยปลายเท้า”

5.3.2 สมาชิกในกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อ เอกชัย วรรณแก้ว

5.3.3 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงาน

6. สรุป

ทุกคนอาจมีความแตกต่างกันทางด้านร่างกาย อุปนิสัยใจคอ ฐานะ อันเนื่องมาจากธรรมชาติที่เกิดมา การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และบริบทสังคมที่ตนอยู่อาศัย ซึ่งหล่อหลอมทำให้เติบโตเป็นเราในทุกวันนี้ การอยู่

ร่วมกันจึงต้องยอมรับความเป็นตัวตนของเราและของคนอื่นๆที่ย่อมมีความแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตามเราทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความสามารถที่จะควบคุมและพัฒนาตนเองได้อย่างเท่าเทียม ไม่แตกต่างกัน

7. การประเมินผล

7.1 การนำเสนอของกลุ่ม

7.2 การมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็น

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

วัยรุ่นทุกคนถึงจะมีความแตกต่างกัน แต่เราสามารถควบคุมและกำหนดชีวิตของเราได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบในช่วงวัยรุ่น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการพัฒนาการและการมีอนาคตที่ดี การเรียนรู้และทำความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องสำคัญ

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 2

พิษภัยร้าย เหล้า – บุหรี่

1. สาระสำคัญ

การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นในสังคมไทย ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเองที่อยากรู้อยากทดลอง เหล้าและบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย ทั้งต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม การได้รับรู้ถึงสถานการณ์ตามความเป็นจริง สาเหตุและผลกระทบจากการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดความตระหนักและมีทัศนคติที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวต่อไป

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- 2.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ถึงสาเหตุ/ปัจจัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
- 2.2 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

3. เวลา

1 ชั่วโมง

4. สื่อ/ อุปกรณ์

4.1 สื่อการสอน

- 4.1.1 สถานการณ์ปัจจุบันการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย
- 4.1.2 สาเหตุการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่
- 4.1.3 พิษภัยร้าย เหล้า-สูบบุหรี่

4.2 กระดาษปรีฟ

4.3 สีเมจิก

5. วิธีการจัดกิจกรรม

5.1 กิจกรรมเชื่อมโยงนำเข้าสู่บทเรียน

5.1.1 สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย และวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

5.1.2 วิทยากรนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย

5.2 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้สาเหตุการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่

5.2.1 มอบหมายให้แต่ละกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์สาเหตุการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ลงโดยวาดเป็นแผนภูมิความคิด (mind mapping) ในกระดาษ

5.2.2 ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน

5.2.3 วิทยากรสรุปและอภิปราย

5.4 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้โทษ/ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

5.4.1 วิทยากรบรรยาย “พิษร้ายเหล้า-บุหรี่”

5.4.2 มอบหมายให้แต่ละกลุ่มร่วมกันวาดภาพคนที่ได้รับผลกระทบทางร่างกายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นเวลานาน

5.4.2 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงาน

5.4.3 วิทยากรสรุปและอภิปราย

6. สรุป

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียอย่างมากต่อวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายที่ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรงเกิดการเจ็บป่วย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆตามมา เป็นต้น อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เมื่อเสพแล้วสามารถก่อให้เกิดการเสพติดได้และการเลิกเสพทำได้ยาก การป้องกันมิให้เริ่มต้นมีพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

7. การประเมินผล

7.1 การเล่นเกมส์แข่งขันตอบคำถาม

7.2 การนำเสนอของกลุ่ม

7.3 การมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็น

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย เราซึ่งถือว่าเป็นวัยรุ่นคนหนึ่งจึงควรมีความเข้มแข็งทางจิตใจและมุ่งมั่นที่จะไม่ก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว เพื่อประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 3

เธอทำได้ฉันทำได้..ไม่ตี้ม ไม่สูบ

1. สาระสำคัญ

การได้เรียนรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนที่กระทำพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการเรียนรู้จากวัยรุ่นต้นแบบที่ดีในการไม่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่ จะทำให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ว่าตนก็สามารถมีพฤติกรรมไม่ตี้มและไม่สูบได้เช่นเดียวกัน และการสร้างพันธสัญญาใจจะเป็นการกระตุ้นเตือนให้ระลึกถึงเป้าหมายที่ตนเองตั้งใจไว้ คือ การเป็นวัยรุ่นที่ไม่ตี้มและไม่สูบ

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- 2.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการไม่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่
- 2.2 เพื่อสร้างพันธสัญญาแสดงความมุ่งมั่นในการไม่ตี้มและไม่สูบ

3. เวลา

1 ชั่วโมง

4. สื่อ/ อุปกรณ์

- 4.1 รูปภาพ
- 4.2 กระดาษปรีฟ
- 4.3 กระดาษรูปหัวใจ
- 4.4 สีเมจิก
- 4.5 กาว

5. วิธีการจัดกิจกรรม

- 5.1 กิจกรรมเชื่อมโยงนำเข้าสู่บทเรียน
 - 5.1.1 แสดงภาพวัยรุ่นเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่
 - 5.1.2 วิทยากรสอบถามผู้เข้ารับการอบรมว่า “วัยรุ่นคนไหนที่ดูดีกว่ากัน” และ “อยากเป็นแบบวัยรุ่นคนไหน”
- 5.2 กิจกรรม เรียนรู้จากตัวแบบ
 - 5.2.1 คัดเลือกต้นแบบที่มีบุคลิกดีเป็นที่ยอมรับของนักเรียนในโรงเรียน และมีพฤติกรรมไม่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่
 - 5.2.2 วัยรุ่นต้นแบบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในประเด็นต่อไปนี้
 - ประวัติส่วนตัว และความสามารถพิเศษ

- ความคิดเห็นต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
 - ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
- จากสถานการณ์ที่กดดันหรือสิ่งเร้าต่างๆ เช่น จากเพื่อน ครอบครัว สื่อ เป็นต้น
- ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่

5.2.3 เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

5.2.4 ต้นแบบ “ฝากข้อคิด สะกิดใจ”

5.3 กิจกรรมกลุ่ม สร้างพันธสัญญาใจ

5.3.1 วิทยากรแจกกระดาษรูปหัวใจดวงเล็กๆ

5.3.2 ผู้เข้ารับการอบรมเขียนข้อความแสดงความจำนงค์ที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5.3.3 ทุกคนในกลุ่มนำรูปหัวใจไปติดในแผ่นกระดานของกลุ่ม และตกแต่งให้สวยงาม

6. สรุป

วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการก้าวเข้าสู่พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เพราะวัยรุ่นทุกคนมีธรรมชาติเหมือนกัน และต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันต่างๆ คล้ายๆกัน แต่ก็มีวัยรุ่นจำนวนมากที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ เราก็สามารถไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่ได้เช่นเดียวกันหากเรามีความตั้งใจและความมุ่งมั่นที่จะไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่

7. การประเมินผล

7.1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

7.2 การแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่อาจมีสาเหตุสำคัญมาจากความเครียดของวัยรุ่นเอง และการถูกเพื่อนชักชวนซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับวัยรุ่นที่จะปฏิเสธได้สำเร็จ เนื่องจากเพื่อนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นอย่างยิ่ง การเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการปฏิเสธที่ถูกต้อง จะช่วยให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 4

รู้จัก...รู้ทันความเครียด

1. สาระสำคัญ

ความเครียดเป็นความทุกข์ ความไม่สบายใจ จากภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ความรู้สึกจากตนเองหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นสิ่งปกติที่มักพบในวัยรุ่นเนื่องจากเป็นวัยของความสับสนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ความเครียดจึงเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การรับรู้ความสามารถในตนเองลดน้อยลงและอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ การรู้เท่าทันอารมณ์และสามารถเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดโอกาสการเกิดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

3. เวลา

30 นาที

4. สื่อ/ อุปกรณ์

- 4.1 ใบความรู้ที่ 1 ความเครียด
- 4.2 หน้ากากรูปหน้าคนที่มีความเครียด
- 4.3 กระดาษบัตรคำ
- 4.4 กระดาษปรีฟ
- 4.5 สีเมจิก

5. วิธีการจัดกิจกรรม

5.1 กิจกรรมเชื่อมโยงนำเข้าสู่บทเรียน

5.1.1 วิทยากรสุ่มถามผู้เข้ารับการอบรม 4-5 คน “เคยเครียดบ้างไหม” “เครียดจากสาเหตุใด” “ความเครียดสามารถนำไปสู่การใช้สารเสพติดทั้งการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ได้หรือไม่ และเพราะเหตุใด”

5.2 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด

5.2.1 มอบหมายหน้ากากรูปหน้าคนที่มีความเครียดให้แต่ละกลุ่ม 1 หน้า และให้กลุ่มสมมติชื่อ และสร้างเรื่องราวสมมติถึงสาเหตุของความเครียดของหน้ากากรูปหน้าคน

5.2.2 กลุ่มระดมสมองวิเคราะห์ถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม โดยเขียนลงในกระดาษ

5.2.3 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงาน โดยสวมหน้ากากที่ได้รับและแสดงบทบาทสมมติเล่าสาเหตุและวิธีการจัดการความเครียดของตัวเองครั่งกล่าว

5.2.3 วิทยากรสรุปประเด็น ผลกระทบจากความเครียด ทำอย่างไรไม่ให้เครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามแนวทางของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

6. สรุป

ความเครียด เป็นความรู้สึกไม่พอใจ เป็นทุกข์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและพฤติกรรมเสี่ยงตามมา ความเครียดในระดับที่พอดีจะช่วยกระตุ้นให้เรา มีความกระตือรือร้น เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี แต่ความเครียดที่มากเกินไปจะส่งผลเสียตามมา การเรียนรู้จักความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียดจะทำให้เรารู้เท่าทันและสามารถหลีกเลี่ยงการก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้

7. การประเมินผล

7.1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

7.2 การแสดงความคิดเห็น

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

ความเครียดของวัยรุ่นทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดน้อยลง อันจะนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้ ในขณะที่เดียวกันสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนที่มักพูดชักชวนหรือโน้มน้าวให้ดื่มและสูบ ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับวัยรุ่นที่จะปฏิเสธได้ การเรียนรู้หลักการปฏิเสธที่ถูกต้อง จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปฏิเสธจากการถูกชักชวนได้สำเร็จโดยไม่ทำให้เสียสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 5

ไม่ผิดที่จะปฏิเสธ

1. สาระสำคัญ

การถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่เป็นสถานการณ์ที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องเผชิญและวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิเสธได้สำเร็จและทำตามคำชักชวนนั้น การเรียนรู้หลักการปฏิเสธจะทำให้วัยรุ่นทราบวิธีการหรือขั้นตอนในการปฏิเสธที่ถูกต้อง และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อเรียนรู้และลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จะทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ถูกเพื่อนกดดันท้าทายให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะการปฏิเสธ

3. เวลา

1 ชั่วโมง

4. สื่อ/ อุปกรณ์

4.1 ใบความรู้ที่ 2 หลักการปฏิเสธ

4.2 กระดาษบัตรคำ

5. วิธีการจัดกิจกรรม

5.1 กิจกรรมเชื่อมโยงนำเข้าสู่บทเรียน “เพื่อนในดวงใจ”

5.1.1 ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเขียนชื่อเพื่อนที่ดีและคุณสมบัติที่ดีของเพื่อน

5.1.2 วิทยากรสุ่มเลือกบัตรคำและอ่านให้กลุ่มฟัง เพื่อเรียนรู้คุณสมบัติของเพื่อนที่ดีและไม่ดี

5.2 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้ทักษะการปฏิเสธ

5.2.1 วิทยากรบรรยายหลักการปฏิเสธ ตามหลักการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5.2.2 มอบหมายให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรม “ปฏิเสธอย่างไร ให้สำเร็จ” โดยให้แต่ละกลุ่มคิดสร้างสรรค์

สถานการณ์ที่ถูกกดดันให้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิเสธตามหลักการปฏิเสธ

สถานการณ์ที่ 1 นักเรียนชายถูกเพื่อนชายชักชวนให้สูบบุหรี่

สถานการณ์ที่ 2 นักเรียนหญิงถูกเพื่อนหญิงชักชวนให้สูบบุหรี่

สถานการณ์ที่ 3 นักเรียนชายถูกเพื่อนชายชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์ที่ 4 นักเรียนหญิงถูกเพื่อนหญิงชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5.2.3 แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนแสดงบทบาทสมมติ

5.2.3 กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อการแสดงบทบาทสมมติ ในประเด็นดังนี้

- การปฏิเสธที่เห็นประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคของการปฏิเสธคืออะไร เพราะเหตุใด
- เป็นการปฏิเสธที่เหมาะสม เป็นไปตามหลักการหรือไม่

6. สรุป

ถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญกับความกดดันต่างๆจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเพื่อนที่อาจชักชวนให้ทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ แต่หากได้เรียนรู้วิธีการปฏิเสธตามหลักการที่ถูกต้องและมีทักษะการปฏิเสธที่เหมาะสมภายใต้สถานการณ์ต่างๆ จะทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นและสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ

7. การประเมินผล

- 7.1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
- 7.2 การสาธิตย้อนกลับการปฏิเสธ ในสถานการณ์ต่างๆ

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

การเรียนรู้หลักการปฏิเสธตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และได้มีโอกาสนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ประสบความสำเร็จจะยิ่งทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจศักยภาพของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และทำให้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่จะถ่ายทอดความรู้และทักษะสู่คนอื่นๆต่อไป

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 6

บอกต่อ....

1. สาระสำคัญ

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยทั่วไป มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพน้อย การที่วัยรุ่นที่มีข้อจำกัดเช่นเดียวกันเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลสู่เพื่อนๆ ผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่างๆจะทำให้ผู้ถ่ายทอดข้อมูลเกิดความตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น และเกิดความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าวยิ่งขึ้น และยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเพื่อนๆและคนอื่นๆในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ กว้างขวางมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- 2.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองในการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่น
- 2.2 เพื่อสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

3. เวลา

1.30 ชั่วโมง

4. สื่อ/ อุปกรณ์

- 4.1 ชุดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
- 4.2 กระดาษปรีฟ
- 4.3 สีเมจิก

5. วิธีการจัดกิจกรรม

- 5.1 กิจกรรมเชื่อมโยงนำเข้าสู่บทเรียน “เขาบอกมา”
 - 5.1.1 ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มๆละหนึ่งคนดูรูปภาพที่เตรียมไว้ โดยสามารถกลับมาดูได้ 3 ครั้ง
 - 5.1.2 หลังจากตัวแทนคนแรกดูภาพแต่ละครั้งจะนำมาถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ตัวแทนกลุ่มคนที่สอง
 - 5.1.3 ตัวแทนกลุ่มคนที่สองถ่ายทอดข้อมูลให้กลุ่มฟังเพื่อให้กลุ่มร่วมกันวาดออกมาเป็นภาพลงในกระดาษ โดยตัวแทนกลุ่มทั้งสองคนไม่มีส่วนร่วมในการวาดภาพ แต่ตัวแทนคนที่หนึ่งสามารถช่วยยืนยันความถูกต้องของภาพได้ด้วยการแสดงอาการพยักหน้าหรือส่ายหน้าเท่านั้น
 - 5.1.4 วิทยากรสรุปถึงปัญหาของการถ่ายทอดข้อมูล และความสำคัญของการเตรียมตัวและเตรียมข้อมูลที่ ดีเพื่อการถ่ายทอดข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- 5.2 กิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้ฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อมูล
 - 5.2.1 ผู้เข้ารับการอบรมศึกษาข้อมูลจากชุดความรู้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
 - 5.2.2 มอบหมายให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กันฝึกถ่ายทอดความรู้ โดยมีวิทยากรประจำกลุ่มสังเกตและคอยให้คำแนะนำ

5.2.3 ตัวแทนกลุ่มๆละ 1 คู่แสดงบทบาทสมมติการถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนนักเรียน

คู่ที่1 ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนนักเรียนเรื่องการตีเครื่องตีมแอลกอฮอล์

คู่ที่2 ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนนักเรียนเรื่องการสูบบุหรี่

5.2.4 กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อการแสดงบทบาทสมมติ ในประเด็นดังนี้

- ข้อมูลที่ถ่ายทอดมีความถูกต้องหรือไม่

- วิธีการถ่ายทอดข้อมูลมีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น บุคลิกภาพ ความเป็นธรรมชาติ การลำดับ

เนื้อหา

5.2.5 มอบหมายให้แต่ละคนรับผิดชอบถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อชุดความรู้แก่ผู้อื่นอาจเป็นเพื่อน พ่อแม่ ญาติพี่น้องหรือคนอื่นๆอย่างน้อย 2 รายภายใน 1 สัปดาห์โดยต้องมีการบันทึกลงในบัตรบันทึกและลายเซ็นของผู้ได้รับข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน

5.3 กิจกรรมกลุ่ม สร้างสรรค์กิจกรรม

5.3.1 กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มระดมสมองคิดสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆเพื่อการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับตีเครื่องตีมแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่อย่างกว้างขวางแก่เพื่อนนักเรียนในโรงเรียน

5.3.2 ประชุมร่วมกันเพื่อนำเสนอกิจกรรม โดยเขียนทุกข้อเสนอลงในกระดานและมีการจัดกลุ่มกิจกรรม เพื่อให้เห็นความชัดเจนและไม่เกิดความซ้ำซ้อน และสรุปกิจกรรมที่จะทำร่วมกัน

5.3.3 แบ่งความรับผิดชอบกิจกรรมให้แต่ละกลุ่ม โดยพิจารณารายละเอียดลงในตารางเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนี้

กลุ่มที่รับผิดชอบ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินกิจกรรม	เวลา	ทรัพยากร/สิ่งสนับสนุน	การติดตามประเมินผล

6. สรุป

การได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ และคิดสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อการป้องกันการตีเครื่องตีมแอลกอฮอล์สู่เพื่อนและคนอื่นๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนอื่นๆต่อไป

7. การประเมินผล

7.1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

7.2 สังเกตทักษะการถ่ายทอดข้อมูลจากการแสดงบทบาทสมมติ

7.3 การสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆซึ่งมีความชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติจริง

สรุปการเชื่อมโยงกับแผนต่อไป

การมีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์กิจกรรมและวางแผนดำเนินการเพื่อถ่ายทอดความรู้ผู้อื่น ทำให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักในความสามารถของตนเอง และหากมีการนำไปปฏิบัติจริงตามแผนที่วางไว้ ความสำเร็จ ปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงจะทำให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

แผนจัดการเรียนรู้ที่ 7

ทำจริง...รู้จริง

1. สาระสำคัญ

การที่วัยรุ่นได้มีโอกาสคิดสร้างสรรค์กิจกรรมและมีการวางแผนที่ชัดเจน จนนำมาสู่การดำเนินการตามแผนเพื่อ การถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้อื่นในสถานการณ์จริง โดยมีการติดตามช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และประเมินผลอย่าง ใกล้ชิด การประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรม จะทำให้วัยรุ่นเกิดความภาคภูมิใจและตระหนักถึงศักยภาพ ภายในของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ เกิดกำลังใจในการมุ่งมั่นที่ จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- 2.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีประสบการณ์ปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีแบบแผน
- 2.2 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงคุณค่า และศักยภาพภายในของตนในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

3. เวลา

สัปดาห์ที่ 4 - 5

4. สื่อ/ อุปกรณ์

- 4.1 กระดาษปฐพี
- 4.2 สีเมจิก

5. วิธีการจัดกิจกรรม

- 5.1 ผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยมีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา
- 5.2 ประชุมติดตามประเมินผล โดยแต่ละกลุ่มพิจารณาสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคที่พบ
- 5.3 ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอต่อที่ประชุมและเสนอแนะแนวทางแก้ไขร่วมกัน ตลอดจนแสดงความสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6. สรุป

การได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่นทำให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้ง ความสำเร็จ อุปสรรคและความล้มเหลว การแก้ไขปัญหา ความร่วมมือและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน สิ่ง เหล่านี้จะส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพของตนเองและตระหนัก ในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นความมุ่งมั่นที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ให้สำเร็จ

7. การประเมินผล

- 7.1 ความสำเร็จของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- 7.2 การแสดงความคิดเห็นและสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ

ใบความรู้ที่ 1 ความเครียด

ความเครียด เป็นความรู้สึกไม่พอใจ หนักใจเป็นทุกข์ในสิ่งต่างๆ อันส่งผลต่ออาการผิดปกติของร่างกายและพฤติกรรมตามมา

ผลกระทบความเครียด

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องผูก นอนไม่หลับ ว่างนอนตลอดเวลา ท้องอืด ปวดท้อง มือเท้าเย็น ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ ผื่นคัน เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล คิดมาก หลงลืม ไม่มีสมาธิ โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา หมดสนุก เป็นต้น
3. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ใช้สารเสพติด ชวนคนอื่นทะเลาะ เจ็บข้อม เก็บตัว ผุดลุกผุดนั่ง เป็นต้น

ทำอย่างไรไม่ให้เครียด

1. อย่าหนีปัญหา ค่อยๆคิดหาวิธีแก้ไขปัญหา โดยอาจปรึกษาพ่อแม่ ครูและเพื่อนที่ดี
2. คิดโดยใช้เหตุผล ไม่ใช่อารมณ์เป็นใหญ่ ใจเย็น อดทน
3. ไม่คิดฟุ้งพาคคนอื่นตลอดไป
4. ไม่ลงโทษตัวเอง คนเราผิดแล้วก็แก้ไขได้
5. ไม่โยนความผิดให้คนอื่น เพราะจะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น

วิธีการผ่อนคลายความเครียด

วิธีการผ่อนคลายของแต่ละคนแตกต่างกันออกไป เราต้องเลือกวิธีของตนเองตามความชอบ ความถนัดหรือความสนใจ ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

วิธีการทั่วไป

1. นอนหลับพักผ่อน
2. ออกกำลังกาย
3. ดูภาพยนตร์
4. ปลุกต้นไม้
5. เลี้ยงสัตว์
6. ไปช้อปปิ้ง
7. ไปเที่ยว
8. อ่านหนังสือ
9. เล่นคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

วิธีฝึกการหายใจ

หลักการ

ตามปกติเวลาเกิดความเครียด คนเราจะหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้อากาศเพิ่มมากขึ้น

การฝึกหายใจเข้าออก ช้าๆลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณก๊าซออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย หากหายใจได้ถูกวิธีจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส และรู้สึกปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวได้จนหมดสิ้น

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง).

<https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>

ใบความรู้ที่ 2 หลักการปฏิเสธ

1. ปฏิเสธอย่างด้วยท่าทางที่จริงจัง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจน
ตัวอย่าง “ไม่ ไม่สู้บ”
2. บอกความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผลในการปฏิเสธ เพราะการอ้างความรู้สึกจะทำให้โต้แย้งได้ยากขึ้น
ตัวอย่าง “ ไม่ชอบสูบบุหรี่ มันเหม็น”
3. ขอบคุณเมื่อผู้ชวนไม่ชวนต่อ
ตัวอย่าง “เธอคงไม่โกรธเรานะ.....ขอบคุณที่เข้าใจเรานะ”
4. หากถูกเข้าชี้ ชักชวนต่อ ควรเลือกวิธีต่อไปนี้
 - 4.1 ปฏิเสธซ้ำ พร้อมทั้งบอกลาแล้วเดินออกไป
ตัวอย่าง “ เราไม่ชอบสูบบุหรี่จริงๆ ขอตัวละนะ” (เดินออกไปเมื่อพูดจบ)
 - 4.2 ต่อรอง โดยชักชวนกันไปทำกิจกรรมอื่นๆทดแทน
ตัวอย่าง “เอาอย่างนี้ .. ไปเล่นเตะฟุตบอลกันดีกว่าไหม” (เสนอทางเลือกอื่น)
 - 4.3 การผิดผ่อน โดยการขอยืดเวลาออกไปก่อนเพื่อให้ผู้ชวนเปลี่ยนความตั้งใจภายหลัง
ตัวอย่าง “ เราต้องไปก่อนนะ เอาไว้โอกาสหน้าแล้วกันนะ” (เดินออกไปเมื่อพูดจบ)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเรนัส อิมเมจ กรุ๊ป

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

- 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกรีกุล สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ชนิดดา แนบเกษร สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 3) อาจารย์ ดร. ประเมศวร์ บุญยืน ภาควิชาหุหนวกศึกษา วิทยาลัยราชสุตา มหาวิทยาลัยมหิดล
- 4) อาจารย์อุณววรรณ มั่นใจ โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดนครปฐม
- 5) อาจารย์น้ำหวาน ชาวเลาขวัญ โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดนครปฐม



ที่ ๙๙/๒๕๖๑

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย Sci 063/2561

โครงการวิจัยเรื่อง การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(ระยะ ๒)

หัวหน้าโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.พรณา หอมสินธุ์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการลวงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑
๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑
๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑
๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริง จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๑๖ เดือน กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงนาม

Dr. Wisit Jaeng-aiem
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวิทส์ แจ็งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย: Sci 063/2561

โครงการวิจัยเรื่อง: การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(ระยะ 2)

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ดิฉันนางสาวพรนภา หอมสินธุ์ ตำแหน่งรองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มเลือกวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนโสตศึกษา ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือก จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอแจ้งให้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ในการเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านต้องเข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 7 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อเรียนรู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการฝึกทักษะในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าว และต้องให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม กิจกรรมจะจัดที่โรงเรียนในช่วงเวลาที่ท่านสะดวกและไม่รบกวนการศึกษากฎกติ ทั้งนี้ท่านไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ-สกุล แต่จะมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทน ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคล จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูลให้ทางโรงเรียนหรือบุคคลอื่นทราบในทุกกรณี โดยท่านจะได้รับ ค่าชดเชยการเสียเวลา เป็นเงิน 7 ครั้ง ๆ ละจำนวน 100 บาท สำหรับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเข้าร่วมโครงการฯในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีความจำเป็นต้องแจ้งให้ทราบ และจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา การได้รับบริการหรือผลประโยชน์ใดๆที่พึงได้รับของท่านทั้งสิ้น ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยใดๆในขณะนี้กรุณาสอบถาม หรือหากท่านมีข้อสงสัยในภายหลังกรุณาติดต่อดิฉันได้โดยตรงที่ นางสาวพรนภา หอมสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-102222 ต่อ 2842 หรือมือถือ 085-1038448 และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงท่านสามารถแจ้งมายังกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-2



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันเดือนปี :

18 ก.ค. 2561

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มเปรียบเทียบ)

รหัสโครงการวิจัย: Sci 063/2561

โครงการวิจัยเรื่อง: การป้องกันการติดเชื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(ระยะ 2)

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ดิฉันนางสาวพรนภา หอมสินธุ์ ตำแหน่งรองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษากลับเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มเลือกวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโสตศึกษา ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการสุ่มเลือก จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอแจ้งให้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ในการเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านต้องเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งๆละ 15 นาที เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทำการตอบแบบสอบถามที่โรงเรียนในช่วงเวลาที่ท่านสะดวกและไม่รบกวนการศึกษาคติ ทั้งนี้ท่านไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ-สกุล แต่จะมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทน ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคล จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูลให้ทางโรงเรียนหรือบุคคลอื่นทราบในทุกกรณี โดยท่านจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาเป็นเงิน 2 ครั้ง ๆ ละจำนวน 100 บาท ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ

ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเข้าร่วมโครงการฯ ในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบบางอย่างแก่ท่าน และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการศึกษา การได้รับการหรือผลประโยชน์ใดๆที่พึงได้รับของท่านทั้งสิ้น ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยใดๆในขณะนี้กรุณาสอบถาม หรือหากท่านมีข้อสงสัยในภายหลังกรุณาติดต่อดิฉันได้โดยตรงที่ นางสาวพรนภา หอมสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-102222 ต่อ 2842 หรือมือถือ 085-1038448 และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงท่านสามารถแจ้งมายังกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-2



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง: 18 ก.ค. 2561



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 0๒/26๓

โครงการวิจัยเรื่อง การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(ระยะ 2)

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา การได้รับบริการหรือผลประโยชน์ใดๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แกข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 27 มิ.ย. 2561

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย