

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัย เรื่องปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย ประกาศนียบัตรวิชาชีพ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ความรู้ในเรื่องบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคิดจิตวิทยาวัยรุ่นกับการสูบบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ในเรื่องของบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยาสูบ คือพืชพื้นถิ่นของทวีปอเมริกา เป็นพืชพันธุ์โบราณ ซึ่งเมื่อหลายพันปีก่อนชนชาวพื้นเมืองปลูกเพื่อนำมาเคี้ยว หรือสูบในงานเฉลิมฉลอง หรืองานพิธีทางศาสนา จนเมื่อ ร้อยกว่าปีมานี้เอง ยาสูบ ถูกแปลงเป็นสินค้าในตลาดเปิด ในรูปลักษณะของบุหรี่ อันเป็นผลมาจากการค้นคว้าวิจัยในห้องปฏิบัติการอย่างซับซ้อน เพื่อสร้างผลิตภัณฑ์ให้เป็นที่ยอมรับอย่างต่อเนื่อง

มนูญ ปุณณกริยากร (2545, หน้า 10-5) ได้กล่าวไว้ในรายงานสัมพันธ ซึ่งสรุปได้ว่า บุหรี่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาเปอร์เซีย ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง ยาสูบที่ใช้ใบตอง หรือกระดามวนใบยาที่หั่นฝอย ส่วนวารสารสารคดี สุทัศน์ ยกส้าน (2534, หน้า 173-5) อธิบายว่ายาสูบเป็นพืชพื้นเมือง ของทวีปอเมริกาใต้ เม็กซิโก และเวสต์อินดีส ออกดอกเป็นช่อ ดอกมีเกสร ทั้งเกสรตัวผู้และเกสรตัวเมียในดอกเดียวกัน มันจึงสามารถผสมพันธุ์กันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาแมลง ยาสูบเจริญเติบโตได้เร็วและดี ในแทบทุกสภาพดินฟ้าอากาศ ในปัจจุบัน อเมริกา ตุรกี อินเดีย บราซิล และรัสเซีย เป็นประเทศที่มีการปลูกยาสูบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก สำหรับประเทศไทย ได้รับวัฒนธรรมยาสูบมาจากประเทศจีน เมื่อหลายร้อยปีมาแล้ว ปัจจุบันแหล่งปลูกยาสูบ มีมากทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เดิมบุหรี่ยาสูบมวนด้วยใบตอง ซึ่งแบ่งแยกออกตามชนิดและสีของใบตอง เช่น ตองขาว ตองอ่อน ตองดำ และยังมีบุหรี่ยกลีบบัว บุหรี่ยันกบ (มวนด้วยใบจาก) บุหรี่เหล่านี้จะเรียกว่า บุหรี่ราษฎร์ แต่ถ้าเรียกว่าบุหรี่ยหลวงจะหมายถึง ฝิ่น ที่ถือว่าเป็นยาสูบ ที่ทางราชการผลิตออกมาจำหน่าย ให้แก่ประชาชน จนถึงปี พ.ศ. 2503 จึงเลิกไป ในด้านการค้าบุหรี่ในรูปแบบของบริษัท เกิดขึ้นเมื่อ ต้นรัชกาลที่ 6 ชื่อบริษัท

ยาสูบสยาม เป็นของนาย เชียงเคงเหลียง สัญญะเรื่อง ผลิตบุหรี่ปตองกนิริ ส่วนบริษัทยาสูบต่างด้าวก็มี บริษัทยาสูบอังกฤษอเมริกา และบริษัทนันทยาง (จีน)

1. โทษของบุหรี่ป การสูบบุหรี่ป เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติด (นิโคติน) เร็วที่สุด คือภายใน 7 วินาที เท่านั้น ซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือดเสียอีก นิโคตินในบุหรี่ป ซึ่งมีฤทธิ์ในการเสพติดสูงเท่าเฮโรอีน จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ปแล้วยากที่จะเลิกและโอกาสที่จะเลิกมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น การสูบบุหรี่ป 1 ซอง จะทำให้ชีวิตของผู้สูบบุหรี่ปสั้นลงประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือสูบบุหรี่ป 1 มวน ทำให้ชีวิตสั้นลงไป 7 นาที บุหรี่ปจึงเป็นสินค้าถูกกฎหมาย ชนิดเดียวที่ทำอันตรายผู้บริโภค ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการใช้สินค้าอย่างเคร่งครัด ในขณะที่ ผู้บริโภคมากมาย กลายเป็นคนติดบุหรี่ป และได้รับผลร้ายอย่างรุนแรง ต่อสุขภาพไปโดยไม่รู้ตัว บริษัทบุหรี่ปกลับเติบโต จากผลกำไรมหาศาล ขยายตัวเติบโตใหญ่ กลายเป็นบริษัทข้ามชาติใช้การตลาดสมัยใหม่และการโฆษณาเป็นเครื่องมืออันทรงพลัง ผลักดันให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ป กระจายไปทั่ว บุหรี่ปในท้องตลาดปัจจุบัน ประกอบด้วยสารอื่น ๆ มากมายนอกไปจากใบยาสูบ ผู้ผลิตบุหรี่ป มีวิธียับยั้งในการเปลี่ยนแปลงปริมาณนิโคติน (ยาเสพติดอย่างแรงที่มีอยู่ในต้นยาสูบตามธรรมชาติ) เพื่อเพิ่มระดับการเสพติด ทั้งยังผสมสารเติมแต่งนับร้อย ๆ ชนิด ตั้งแต่ สารให้ความหวานต่าง ๆ ไปจนถึงแอมโมเนีย (Ammonia) โดยทั่วไป กระบวนการผสมสารต่าง ๆ ลงไปในบุหรี่ปนี้ รัฐบาลไม่ได้ทดสอบ ควบคุมดูแล หรือขอให้เปิดเผยข้อมูล เป็นการลวงหน้าแต่อย่างใด แม้ว่าบริษัทยาสูบ มักจะอ้างว่า สารเติมแต่งดังกล่าวหลายชนิด ได้รับการรับรองแล้วว่า มนุษย์สามารถบริโภคได้ แต่ข้อเท็จจริงที่บริษัทเหล่านี้ไม่ยอมพูดถึงก็คือ การเผาไหม้ จะเปลี่ยนสมบัติทางเคมีของสารเติมแต่งดังกล่าวทำให้อาจจะกลายเป็นสารพิษและ/หรือมีฤทธิ์ทางทางเภสัชวิทยาได้ สารเติมแต่งหลายชนิด จากเอกสารของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่มีการเปิดเผยเมื่อเร็ว ๆ นี้ ชี้ว่าบริษัทยาสูบหลายบริษัทใช้สารเติมแต่งเป็นร้อย ๆ ชนิด โดยแทบไม่ได้คำนึงถึง ความปลอดภัยต่อผู้บริโภคเลย สารเติมแต่งเหล่านี้ ไม่นับรวมถึงสารพิษ และสารก่อมะเร็งอีกมากมาย ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อมีการเผาไหม้ยาสูบ สารเติมแต่งและส่วนประกอบ ในควันบุหรี่ป ที่วงการสาธารณสุข ถือว่า ไม่ปลอดภัยมีอาทิเช่น

1.1 แอมโมเนีย (Ammonia) ใช้เร่งการดูดซึมนิโคติน เป็นตัวเพิ่มระดับความเป็นกรด - เบส ในควันบุหรี่ป ส่งผลให้ ควันบุหรี่ปมี “นิโคตินอิสระ” มากขึ้น ร่างกายมนุษย์สามารถดูดซึมนิโคตินอิสระมากขึ้น ร่างกายมนุษย์สามารถดูดซึมนิโคตินอิสระ” ได้เร็วกว่าการดูดซึมนิโคติน “ไม่อิสระ” สารนี้ มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก ปี พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมา คณะนักวิจัย จากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิตและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีร่วมกันศึกษาวิจัยเด็กที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

ส่วนล่าง ได้แก่ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ และหลอดลมฝอยอักเสบและโรคหืด เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กเอง พ่อแม่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ว่ามีผลต่อการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบอย่างไร การวิจัยผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเด็กครั้งนี้ คือ ความพยายามที่จะพิสูจน์ข้อเท็จจริงดังกล่าว ผลที่พบยืนยันว่าเด็กไทยที่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่นั้น มีความเสี่ยงต่อการได้รับความทุกข์ทรมาน จากการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าเด็กทั่วไปจริง มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

1.2 การเติมสารแต่งกลิ่นรส สารให้ความหวาน ช่วยกลบกลิ่นรสฝาด ของควันบุหรี่ เป็นการจูงใจให้เด็กและผู้สูบบุหรี่ครั้งแรกรู้สึกชอบ สารเติมแต่งเหล่านี้ บางชนิดยังช่วยกลบกลิ่นไม่ให้ผู้อยู่ใกล้เคียงคนสูบบุหรี่ได้กลิ่นและมองเห็นควันบุหรี่มือสองที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่เสี่ยงอันตรายยิ่งขึ้น และช่วยลดกระแสการถกเถียง ให้มีการออกกฎหมายเพื่ออากาศบริสุทธิ์ในอาคาร

1.3 เมนทอล (Menthol) และสารเติมแต่งอื่น ๆ ทำให้มีอาการชา ผู้สูบบุหรี่จึงไม่รู้สึกระคายเคืองจากควันบุหรี่

1.4 อะเซตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) สารเติมแต่งที่เชื่อกันว่า ออกฤทธิ์ร่วมกับนิโคติน ทำให้ ผู้บริโภคติดนิโคตินยิ่งขึ้น เป็นสารที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตา ผิวหนัง และทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็ว ไอ น้ำมูกและปอดบวมและเป็นเนื้อตาย

1.5 อะซีโตน (Acetone) ตัวทำละลายที่มีพิษ เป็นสารประกอบสำคัญที่มีอยู่ในน้ำยาล้างเล็บ ซึ่งพบว่าอยู่ในบุหรี่ด้วยเช่นกัน (คู่มือบุหรี่และสุขภาพสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

1.6 สารหนู (Arsenic) เป็นสารเคมี ที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วงอย่างแรง

1.7 แคดเมียม (Cadmium) สารก่อมะเร็งในมนุษย์ เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมโพลีเมอร์อิเล็กทรอนิกส์ และเป็นสารประกอบ ที่อยู่ในถ่านไฟฉาย มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง บุหรี่ 1 มวน มีแคดเมียมอยู่ 1 - 2 ไมโครกรัม และ 10 % ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาสูบ

1.8 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) มีความเป็นพิษสูง เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหะ นำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับเวลาปกติ ผลที่ตามมาคือ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีมึนงง ตัดสินใจช้า และเหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจหดตัวในระยะแรก นอกจากนี้ ยังทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน

หลอดเลือด โดยมีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ในระยะต่อมา ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ องค์การอนามัยโลก ศึกษาแล้วพบว่า การเลิกบุหรี่ลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50 ในปีแรก แต่อัตรายังจะลดลงเท่าคนปกติ เมื่อหยุดบุหรี่แล้ว 15 ปี ในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ พบว่า เมื่องดสูบบุหรี่ 5 ปี จะลดความเสี่ยงจากอัมพาต ได้เท่าคนปกติ

แหล่งข้อมูล: มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย

1.9 สารกัมมันตรังสี (Radioactive agents) ควันทูหรี่มีสาร โพลีนีอัม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่ เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันทูหรี่ยังเป็นพาหะที่ร้ายแรง ในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้าง ที่ไม่สูบบุหรี่ หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้ เข้าไปด้วย โอกาสที่จะเกิดมะเร็งปอด ในผู้ที่สูบบุหรี่กับที่ไม่สูบบุหรี่ต่างกัน ในประเทศไทย จากการวิจัยของนายแพทย์พงษ์ศิริ ประรณาคี และคณะมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ชาวเชียงใหม่ ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ ถึง 29 เท่า โดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี จะมีอัตราเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งปอด มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบ 9 เท่า กลุ่มที่สูบนานระหว่าง 21-40 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้น 30 เท่า กลุ่มที่สูบนาน 41 - 60 ปี อัตราเสี่ยงจะมากขึ้นถึง 47 เท่า สำหรับผู้ที่เป้นมะเร็งปอดจะพบมากในช่วงอายุ 50 - 64 ปี (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

1.10 ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาลดำ ทาร์เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด, มะเร็งหลอดลม, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งไต, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอื่น ๆ ซึ่ง ร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นเหตุของการไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะรับน้ำมันทาร์ เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ไทย มีสารทาร์อยู่ ระหว่าง 12 - 24 มิลลิกรัม/ มวน สิริกัญญา เลิศรัตนพงษ์ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “บุหรี่และมะเร็งกล่องเสียง” โดยศึกษาจากประวัติผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกล่องเสียงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน และเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง ที่พบมากที่สุด มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงมีประวัติการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 85 ในจำนวนนี้ เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 65 ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งประมาณ 3.25 เท่า ส่วนประเภทของบุหรี่ที่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงสูบมากที่สุด ได้แก่ บุหรี่ก้นกรอง การที่ผู้สูบบุหรี่แล้วเกิดมะเร็งกล่องเสียงเนื่องจาก กล่องเสียงมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง ที่มีเป็นจำนวนมากในควันทูหรี่ และเมื่อสัมผัสทุกวันและเป็นเวลานาน ๆ ก็ทำให้เกิดเป็นมะเร็งขึ้นมา (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2548)

1.11 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษ ที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำในตอนเช้าจะมีมากขึ้น ศาสตราจารย์ นีล ทอมสัน และคณะนักวิจัย จากมหาวิทยาลัยกลาสโกว์ ได้เสนอผลงานวิจัย เรื่อง “ ผลของการสูบบุหรี่กับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคในระบบทางเดินหายใจ ” ในการประชุม วิชาการนานาชาติ ของสมาคมโรคทางเดินหายใจ ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง จำนวน 50 คน มีทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุระหว่าง 16 - 44 ปี จะเป็นผู้สูบบุหรี่ เมื่อจำแนก กลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้ยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) ซึ่งเป็นยารักษาโรคหอบหืด เป็นประจำทุกวัน เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มควบคุม จะไม่ให้ยาเพรดนิโซโลน แต่จะให้ยาหลอกหรือยาเลียนแบบ (Placebo) เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ เช่นกัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดเรื้อรังและสูบบุหรี่ จะตอบสนองต่อยาน้อยกว่า ผู้เป็นโรคหอบหืดเรื้อรังที่ไม่สูบบุหรี่ และอาการของโรคจะรุนแรงมากกว่า จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังและสูบบุหรี่ จะมีผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง และทำให้อาการของโรคหอบหืดรุนแรงมากขึ้นด้วย

1.12 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษ ที่ทำลายเยื่อหลอดเลือดส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอัน แตรรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้ มีถุงลมจำนวนน้อย การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รศ.ดร.สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ คณบดีคณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิตและทีม นักวิจัย แห่งมหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งประกอบด้วย คณะการแพทย์แผนตะวันออก คณะวิทยาศาสตร์ และศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนตะวันออก ได้ทำการวิจัย เพื่อหาวิธีการเลิกบุหรี่แบบถาวรและป้องกันการติดบุหรี่ โดยนำความรู้ทางด้านการแพทย์แผนตะวันออก ที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายมาช่วยบำบัดผู้ติดบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยรังสิต และชุมชนบริเวณใกล้เคียง ผลจากการวิจัย อาสาสมัครที่เข้ามาฝึกอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลา 4 เดือน พบว่า สามารถเลิกบุหรี่ได้ จากการทดสอบสมรรถภาพปอด พบว่า เข้าสู่ภาวะปกติทุกคน ซึ่งก่อนการฝึกพบว่า ถุงลมปอดของทุกคนมีความสามารถในการขยายตัวยาก บางคนถุงลมปอดถูกอุดกั้น การวัดปอดพบว่าดีขึ้น ล่าสุดมีการสำรวจ ผู้สูงอายุในชุมชนย่านฝั่งธนบุรี พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 7.1 จัดเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 5 และคาดว่า จะเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อย เป็นลำดับที่ 3 ต่อไป ในภายหน้า (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2544, หน้า 88) เนื่องจากประชากรไทยมีอายุยืนขึ้น สภาพอากาศและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษมากขึ้น รวมถึงมีผู้สูบบุหรี่มากขึ้น บางคนสูบตั้งแต่อายุยังน้อย ดังนั้นระยะเวลาในการสูบจะมากขึ้นทำให้ปอดถูกทำลาย การ

ยืดหยุ่นของปอดลดลง มีการอักเสบของทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอมี อาการหายใจลำบากหอบเหนื่อยง่าย

1.13 โกโก้ (Cocoa) หนึ่งในสารให้ความหวานหลายชนิดที่ใส่ในบุหรี่ เพื่อกลบ กลิ่นรสชาติของยาสูบ และเป็นตัวขยายหลอดลม ทำให้ผู้สูบบุหรี่สูดควันเข้าปอดได้ลึกขึ้น

1.14 ฟอรัลดีไฮด์ (Formaldehyde) สันนิษฐานว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ และรู้กันดีว่าเป็นสารฉีดยาศพ คนที่สูบบุหรี่ วันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอรัลดีไฮด์ ในประมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวัน

1.15ปรอท (Mercury) เป็นสารโลหะ ที่เป็นพิษต่อสมอง ทำให้เกิดอาการสั่น ความจำเสื่อม และโรคไต

1.16 ไนโตรซามีนส์ (Nitrosamines) สันนิษฐานว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

1.17 โพลonium - 210 (Polonium - 210) ธาตุกัมมันตรังสีและเป็นสารก่อมะเร็งใน มนุษย์

2. พิษภัยของบุหรี่ การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ของการเกิดโรคร้าย ที่เป็น อันตรายทั้งต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ ของผู้สูบบุหรี่นั้น บุหรี่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิด ครั้งหนึ่ง ของคนสูบบุหรี่จะเสียชีวิตด้วย โรคที่เกิด จากการสูบบุหรี่ ซึ่งโรคที่ทำให้เสียชีวิตในอันดับต้น ๆ สมองเสื่อมสมรรถภาพ เป็นลมหมดสติ เส้น เลือดสมองแตก เพราะการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการสะสมของคลอเรสเตอรอล และการอุดตันของเส้น เลือดที่ไปสู่สมอง หน้าเหยย่น แก่เร็ว โรคเหงือก ฟันดำ และกลิ่นปาก ไอเป็นเลือด ไอเรื้อรัง ผอม ลง เป็นอาการของโรคมะเร็งปอด เหนื่อยง่าย หอบ แน่นหน้าอกเป็นอาการของโรคถุงลมโป่งพอง หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย เกิดการสะสมของคลอเรสเตอรอล ทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือด อันเป็นอุปสรรคต่อการส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจ และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เล็บ เหลือง นิ้วเหลือง นิ้วเป็นแผลเรื้อรัง นิ้วกุด เกิดจากหลอดเลือดตีตัน ขาดเลือดไปเลี้ยง ท้องแน่น อืด เบื่ออาหาร เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537, หน้าที่ 15-9)

โรคมะเร็งปอด (บุหรืกับโรคมะเร็งปอด, 2547) ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดเกิดจากการสูบ บุหรี่ โรคมะเร็งปอดเป็นโรครันดับ 1 ของชายไทย พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดใน ประเทศไทย ซึ่งตรวจพบในระยะเริ่มแรกได้ยาก และมีอัตราการตายสูง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ สำคัญที่สุด ของการเกิดโรคมะเร็งปอด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ไม่สูบ 10 เท่า ผลการศึกษาวิจัย ของนักวิทยาศาสตร์และแพทย์ทั่วโลก ยืนยันแล้วว่า มะเร็งปอดเกี่ยวข้องโดยตรง กับการสูบบุหรี่ ทั้งผู้สูบบุหรี่เอง และได้รับควันหลง จากการรายงานของ ศ.นพ.ธีระ ลิ้มศิลา (บุหรื

กับมะเร็งปอด น่ากลัวกว่าที่คุณคิด, 2553) ได้รวบรวมสถิติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ตั้งแต่ปี 2501 - 2536 รวมประมาณ 2,000 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดชาย มีประวัติเป็นผู้สูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 92 จากรายงานของ นพ. เวทย์ อารีย์ชน โรงพยาบาลโรคทรวงอก ถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 2,660 ราย ระหว่าง พ.ศ. 2514 - 2526 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดชาย มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 96 และจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าในปัจจุบันโรคมะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ชายไทย มีงานวิจัยของ คณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม ประเทศอังกฤษ ดร.ทอม ซอเรแดน เป็นหัวหน้าคณะ ซึ่งทำการสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็ก ซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วง ปี ค.ศ. 1971 - 1976 ถึง 2,567 ราย และกลุ่มสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็กปกติอีกในจำนวนเท่า ๆ กัน จากข้อมูลที่เก็บมาได้นี้ ซอเรแดนและคณะ ได้พบข้อเท็จจริง ที่น่าสนใจ คือการเกิดมะเร็งในเด็กเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ กับการสูบบุหรี่ของผู้เป็นพ่อ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด ทำให้พบว่า เด็กที่มีพ่อที่สูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าเด็กทั่วไปถึง ร้อยละ 30 ส่วนการที่แม่เป็นคนสูบบุหรี่จัดนั้น กลับไม่มีผลต่อความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งของบุตร ซอเรแดน เป็นผู้ติดตามศึกษา เรื่องบุหรี่กับโรคมะเร็ง มากกว่า 40 ปีแล้วเขาสันนิษฐานว่า การที่เด็ก ซึ่งมีพ่อที่สูบบุหรี่จัด มีโอกาสเป็นมะเร็งสูงขึ้นนั้น น่าจะเป็นผลเนื่องมาจาก สารพิษในบุหรี่มีผลทำให้เซลล์อสุจิ ของผู้เป็นพ่อผิดปกติไป ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้ อาศัยงานวิจัยของ บรูซ เอมส์ นักจุลชีววิทยา ชาวสหรัฐอเมริกา ที่ค้นพบ ความผิดปกติของเซลล์อสุจิในชายที่สูบบุหรี่มาสนับสนุน ซอเรแดน สันนิษฐานว่าสารในควันบุหรี่ทำหน้าที่เป็นตัวออกซิเดชันและทำปฏิกิริยากับดีเอ็นเอ (DNA) อันเป็นสารพันธุกรรมในเซลล์อสุจิ ทำให้ รหัสทางพันธุกรรมในดีเอ็นเอ บางส่วนเกิดความผิดปกติไป และความผิดปกตินี้ จะถ่ายทอดไปสู่บุตร ผลก็คือบุตรที่เกิดมาจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งสูงกว่าปกติ

โรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มากกว่า คนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า ในสตรีสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ มากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบ และโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย จากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ นอกจากการ สูบบุหรี่แล้วสาเหตุอื่นของโรคเส้นเลือดหัวใจตีบคือ โรคความดันเลือดสูง ไขมันเลือดสูง เบาหวาน โดยการสูบบุหรี่จะเป็นตัวเร่งให้ผู้ที่เป็เหล่านี้ เกิดการตีบตันของเส้นเลือดเร็วขึ้น

สรุป ประวัติศาสตร์ของการประกาศว่า” บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง”

(วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ Smart, 2552 หน้า 4) การสูบบุหรี่ความจริงนักวิทยาศาสตร์ พิสูจน์ได้ว่า

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ตั้งแต่กว่า 40 ปีมาแล้วแต่อุตสาหกรรมบุหรี่ พยายามโต้แย้ง จนถึงปี พ.ศ. 2506 วงการแพทย์อังกฤษ จึงประกาศเป็นทางการ ว่าการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดมะเร็งปอด และโรคอื่น ๆ พ.ศ. 2507 กระทรวงสาธารณสุขฯ ประกาศอย่างเป็นทางการว่าการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคอื่น ๆ และได้เริ่มต้น รมรงค์ให้ชาวอเมริกัน เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่นั้น

3. การสูบบุหรี่ ยาสูบที่ใช้กันอยู่มีหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1 แบบสูด โดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบ ซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (Cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ใน หรือไปป์ (Pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกาย

3.2 แบบดม โดยดมใบยาสูบให้ละเอียดแล้วผสมในรูปของยานัตถ์

3.3 แบบอมและเคี้ยว โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า บุหรี่ไร่คว้น

4. รูปแบบของบุหรี่ที่ใช้ในการสูด บุหรี่มี 2 ชนิด คือบุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเอง ทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรี่ชนิดนี้จะดับง่าย เนื่องจาก ไม่มีการปรุงแต่งสารเคมี ที่ช่วยให้ไฟติดทน สำหรับบุหรี่ ที่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรืรงคาถูก และบุหรี่ที่มีก้นกรอง นอกจากนี้ บริษัทบุหรืยังผลิตบุหรื ชนิดที่เรียกว่า "ไลต์" และ "ไมล์ด" โดยระบุไว้ว่า เป็นบุหรืชนิด รสอ่อน ที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรืธรรมดา แต่จากการวิจัย พบว่า บุหรืทั้ง 2 ชนิด มิได้มีอันตรายน้อยกว่า บุหรืธรรมดาแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกัน ที่รสชาติเท่านั้น และบุหรืชนิดที่มีก้นกรอง จะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคติน ซึ่งมีขนาดเล็ก ยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับการสูดบุหรืที่ไม่มีก้นกรอง

5. บุหรืมือสองผู้สูดบุหรืมือ 2 Secondary/second-hand smoker คำว่า Secondary หรือ Second-hand smoker นั้น ใช้เรียกคนที่ไม่ได้สูดบุหรืเอง แต่มีโอกาสที่จะได้รับอันตรายจากการสูด ของคนอื่น ๆ เช่น ได้รับควันจากคนที่สูดหายใจเอาอากาศจากปอดคนที่สูด อยู่ในห้องเดียวกับคนที่สูด ฯลฯ พื้นฐานทางความคิดนี้ มาจากการที่ผู้สูดบุหรืนั้นหลังจากสูดบุหรืเข้าปอดไปแล้ว ก็จะพ่น ควันออกมาด้วย ทำให้แม้ผู้ที่อยู่ใกล้ ๆ จะไม่ได้สูดเอง แต่ถ้ามีโอกาสที่จะสูดเอาควัน ซึ่งมีสารพิษ จากบุหรืเข้าไปด้วย เหมือนเป็นการทำร้ายกัน แบบอ้อม ๆ นั่นเอง และควันบุหรืบางส่วน ก็จะติดอยู่กับเสื้อผ้าและค้างอยู่ในปอด และออกมากับลมหายใจได้ ในปัจจุบันมีกลุ่ม/ มูลนิธิ/ หน่วยงานของ รัฐ ที่พยายามรณรงค์ให้เห็นถึงผลเสีย ที่จะเกิดจากการได้รับผลกระทบแบบทางอ้อมนี้ ผลเสียนี้มันมีอะไรบ้าง

1. Secondary smoker มีความเสี่ยงมากกว่าคนสูบบุหรี่เอง 2 เท่า จากการศึกษ พบว่าอากาศที่ Secondary smoker นั้นสูดเข้าไป โดยเฉลี่ยแล้ว ส่วนประกอบประมาณ 90% จะเป็นอากาศตามปกติ + 4% เป็นก๊าซพิษ Carbonmonoxide (CO) + 6% เป็นสารเคมีต่าง ๆ กว่า 4,000 ชนิดในบุหรี่แต่ละสารพิษเหล่านี้ นั้นเมื่อทำการวัดค่าจริง ๆ แล้ว กลับพบว่า มีปริมาณน้อยมาก จนในบางครั้งแทบจะวัดอะไรไม่ได้เลย แม้จะมีคนเคยกล่าวว่า Secondary smoker มีความเสี่ยงมากกว่าคนสูบบุหรี่เองเสียอีก สาเหตุหลัก ๆ ที่มีการเข้าใจผิด ในเรื่องนี้ มาจากความจริงที่ว่า เมื่อคนสูบบุหรี่เข้าไป 1 ครั้ง บุหรี่ 1 ส่วนจะเข้าไปในปอด/ ร่างกายคนสูบ แล้วเขาจะพ่นออกมาอีกประมาณ 1.7 - 2 ส่วน ออกสู่สิ่งแวดล้อม การที่จะบอกว่า Secondary smoker มีความเสี่ยงมากกว่านั้นคือ จะต้องไปสูด 2 ส่วนนี้จนหมดทุกอนุ จึงจะทำให้ มีความเสี่ยงมากกว่าคนที่สูบ ได้จริง ซึ่งในทางปฏิบัติจริงควัน บุหรี่นั้น ๆ ก็จะลอยไปในอากาศ + ตกลงพื้น + ทุ่งกระจาย จนไม่มีทางที่ Secondary smoker จะได้รับทั้งหมดกว่าจะมาถึงก็เป็นปริมาณที่น้อยมาก ๆ อย่างที่กล่าวไว้แล้ว

2. Secondary smoker มีโอกาสที่จะได้รับสารพิษ 40 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็งเป็นความจริงที่ในบุหรี่ มันมีสารพิษมากมาย และสารหลายชนิดก็เป็นสารก่อมะเร็ง แต่ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น นั่นคือปริมาณสารเหล่านี้ มีน้อยกว่าระดับที่จะก่อให้เกิดมะเร็งมาก มีการกล่าวไว้ว่าสารเหล่านี้ น้อยกว่าที่คนจะได้รับจากสิ่งแวดล้อมปกติเสียด้วยซ้ำ ตัวอย่างเช่น สารหนู (Arsenic) อาจจะต้องนั่งอยู่ในห้องที่มีคนสูบบุหรี่ 100,000 มวน ถึงจะได้รับสารนี้ เทียบเท่ากับได้รับจากน้ำ 1 แก้วจึงดูไม่ค่อยเป็นเหตุเป็นผลเท่าไรนัก หากจะมีคนบอกว่า เป็นมะเร็งจาก secondary smoker

3. Secondary smoker ก่อให้เกิดโรคหืดในเด็กที่อยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ อาจได้รับสารเคมีหรือสารก่อภูมิแพ้จากบุหรี่ ได้ แม้ว่าเขาเหล่านั้น จะไม่ได้สูบบุหรี่แล้ว ให้เด็กได้รับควันโดยตรงก็ตาม แต่อนุภาคบางอย่าง อาจไปติดอยู่กับเสื้อผ้า หรือออกมากับลมหายใจได้ ซึ่งในกรณีของโรคหืด หรือภูมิแพ้แล้ว ถึงแม้สารที่ได้รับ จะมีเพียงน้อยนิด แต่มันก็เพียงพอที่จะก่อให้เกิดอาการ ได้ แต่ทั้งนี้ ก็ยังมีบางคนที่แย้งว่า ในช่วง 20 ปีหลัง อัตราคนสูบบุหรี่ลดลง แต่อัตราการเกิดโรคหืดในเด็ก การเกิดโรคหืดนี้ อาจจะได้จากหลาย ๆ สาเหตุรวม ๆ กัน โดยไม่ได้เจาะจงว่า บุหรี่เป็นเพียงสาเหตุเดียวที่ทำให้เกิดอาการนี้

6. การสูบบุหรี่มือสอง (Passive smoking) ในห้องที่มีผู้สูบบุหรี่ จะพบว่า มีควันบุหรี่เกิดขึ้นจาก 2 แหล่งด้วยกัน คือ

1. ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปแล้วพ่นออกมา ซึ่งประกอบไปด้วยสารพิษต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับ แต่จะมีความเข้มข้นของสารพิษลดลง เนื่องจาก ปอดของผู้สูบบุหรี่ได้ดูดซับสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ได้แก่ นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ทาร์ โนโตรเจนไดออกไซด์ แอมโมเนีย เบนโซไพรีน ฟอร์มาลดีไฮด์ แคลซิยม เป็นต้น

2. ควันบุหรีจากปลายมวนบุหรีที่จุดทิ้งไว้ ระหว่างการสูบ ซึ่งมีความเข้มข้นของสารพิษมากขึ้น โดยพบว่า นิโคติน มีมากขึ้นเป็น 2 เท่า แอมโมเนีย มีมากขึ้นเป็น 73 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์ มีมากขึ้น 5 เท่า เบนโซไพรีน มีมากขึ้นเป็น 3 เท่า ทาร์ มีมากขึ้นเป็น 2 เท่า แคลเมียม มีมากขึ้นเป็น 5 เท่า

เมื่อ ปี พ.ศ. 2536 สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ของสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่า ควันบุหรีภายในอาคารที่ผู้สูบบุหรี่ พ่นออกมา และจุดทิ้งไว้ระหว่างการสูบ จัดเป็นสารก่อมะเร็ง กรู๊ปเอ หรือชนิดที่ร้ายแรงที่สุด และเป็นมลพิษภายในอาคาร ที่สำคัญที่สุด เนื่องจากประกอบด้วยสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มากกว่าจากแหล่งมลพิษ อื่น ๆ ภายในอาคาร เมื่อผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี เข้าสู่ร่างกายโดยไม่ได้สูบเอง จึงเรียกว่า เป็นการสูบบุหรี่มือสองโดยปริมาณควันบุหรีที่ผู้ไม่สูบได้รับจะขึ้นกับ

1. จำนวนบุหรีที่มีการสูบในห้องนั้น
2. ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน
3. ขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น

7. ควันบุหรีทำร้ายผู้ไม่สูบบุหรี่ได้อย่างไร (<http://dc.oas.psu.ac.th/dcms>) สันติพงษ์ ปิตตุภักดิ์ (2544, หน้า 65-8) ได้เรียบเรียงศึกษาควันบุหรี ในวารสารอัปเดตว่า เมื่อจุดบุหรี กระบวนการเผาไหม้ก็เกิดสารต่าง ๆ ขึ้น ในใบยาสูบ เกิดการเปลี่ยนแปลงทุกครั้งที่คุณสูดควันเข้าปอด นั่นคือ การนำพาสารเคมี นับพันชนิดเข้าสู่ร่างกาย และกระบวนการทำลายสุขภาพก็เริ่มต้นอีกครั้ง เป็นเวลานานแล้ว ที่ทราบกันว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายแก่ชีวิต และสุขภาพของพวกเรา และแม้จะทราบถึง พิษภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่ แต่คนเหล่านั้น ก็ยังเลือกที่จะสูบด้วยเหตุที่ว่า “ติด “ บุหรีจนไม่อาจเลิกได้ ซึ่งนักวิทยาศาสตร์หลายคน พยายามศึกษาว่ามีสารเคมีใดบ้างอยู่ในบุหรี หรือเกิดขึ้นระหว่างการสูบบุหรี่ และสารเคมีเหล่านี้ กระทบต่อสุขภาพอย่างไร รวมทั้ง มีวิธีการขจัดหรือลดสารเคมีเหล่านั้น ออกจากบุหรีหรือไม่ การศึกษา ทางเคมีเกี่ยวกับควันบุหรีนี้ เกิดขึ้น ในปี พ.ศ. 2498 เอ.ไอ. โคสแต พบว่า ควันบุหรีของใบยาสูบนั้นประกอบด้วยสารเคมี 79 ชนิด ในปัจจุบัน พบว่า ควันจากการเผาไหม้ใบยาสูบ ประกอบด้วยสารเคมี ประมาณ 4,800 ชนิด จากการศึกษาทางระบาดวิทยา แสดงให้เห็นว่า ควันจากการเผาไหม้ใบยาสูบ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายหลายอย่าง ต่อมาในปี 2498 รัฐบาลของสหราชอาณาจักรประกาศว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด แต่ก็ไม่ได้มีการตั้งข้อห้ามกฎใด ๆ เนื่องจากมีคนสูบบุหรี่กันเป็นจำนวนมาก ทำให้รัฐเอง ก็มีรายได้เป็นจำนวนมากในรูปของภาษียาสูบ

สำหรับควันบุหรีในอากาศนั้น สมชัย บวรกิตติ และ อรรถ นาวา (2536, หน้า 56-9) ได้วิเคราะห์ควันบุหรี ในวารสารราชบัณฑิตยสถานว่า ควันที่พ่นกลับออกมาจากทางเดินอากาศหายใจ

ของผู้สูบบุหรี่ ในปริมาณร้อยละ 85 และควันจากปลายบุหรี่ที่กำลังเผาไหม้ ที่ไม่ได้ถูกดูดเข้าไป ร้อยละ 15 ส่วนไอระเหย ผ่านกระดามวนบุหรี่นั้นเกิดขึ้นน้อย จากการวิเคราะห์ สารเคมีในบุหรี่ มากกว่า 50 ชนิด มีศักยภาพเป็นสารก่อมะเร็งต่อมนุษย์และสัตว์ สารเคมีส่วนใหญ่ ในควันที่ไม่ได้ สูดเข้าปอด มีความเข้มข้นสูงกว่า ควันที่สูดเข้าปอดและพ่นออกกลับมา อนุภาคของควันที่ไม่ได้สูด เข้าปอด มีขนาดย่อมกว่าอนุภาคในควันที่พ่นกลับออกมา จึงสามารถทำให้ ผ่านเข้าปอดได้ลึกกว่า โดยการตรวจวิเคราะห์ ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ว่า การสูดหายใจควันบุหรี่ใน อากาศโดยไม่ได้สูบบุหรี่ ทำให้รับสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้ และเกิดผลกระทบดังนี้

1. เกิดการระคายเคืองต่อ จมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้เกิดความรู้สึกไม่

สบาย

2. ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้น ในผู้ที่เป็โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืดและโรคปอด เรื้อรัง โดยจะมีอาการหายใจติดขัด หรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ

3. ในผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจ จะทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่ พอมากขึ้น

4. ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวน จะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้อง หายใจเอาควันบุหรี่ เข้าไปเป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน

5. ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในห้องทำงาน หรือในสถานที่แออัด ที่มีควันบุหรี่เป็น เวลานาน จะมีโอกาสเป็น โรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น จากคนทั่วไป เฉลี่ยร้อยละ 10 - 30

6. ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงานที่มีควันบุหรี่ ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน

8. สถิติที่สำคัญ จากการสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปี ขึ้น ไป พ.ศ. 2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า

1. จำนวนผู้สูบบุหรี่

สูบประจำ = 9.53 ล้านคน

สูบเป็นครั้งคราว = 1.50 ล้านคน

เคยสูบแต่เลิกแล้ว = 2.48 ล้านคน

2. จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.53 ล้านคน และอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.94

เพศชาย = 9.01 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 36.91

เพศหญิง = 0.52 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 2.0

3. จำนวนและอัตราผู้สูบบุหรี่กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี

เพศชาย = 189,221 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 8.32

เพศหญิง = 25,616 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.56

รวมทั้งสองเพศ = 946,837 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 4.46

4. จำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราการสูบบุหรี่ จำแนกตามภาค

ภาคใต้ = 1,449,426 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 22.13

ภาคเหนือ = 1,880,039 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 20.49

ภาคอีสาน = 3,344,556 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 20.42

ภาคกลาง = 2,073,761 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 16.48

กรุงเทพมหานคร = 787,703 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 13.90

5. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ 18.25 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

9. ปัจจัยที่ทำให้เด็กสูบบุหรี่

1. ความอยากลอง เยาวชนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 38.4 เริ่มสูบบุหรี่ เพราะความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่น ที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนาน วัยรุ่นส่วนมาก มักมีความคะนอง ถึงแม้จะทราบว่า เป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เป็นสิ่งต้องห้าม ยังห้ามเท่าไรก็อยากลองมากเท่านั้น

2. ตามอย่างเพื่อน เยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 35.9 เริ่มสูบบุหรี่ เพราะเพื่อนชวนเอาใจเพื่อและตามใจเพื่อน วัยนี้เป็นวัยที่เพื่อนมีอิทธิพลมากที่สุด บางคนมีเจตคติที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน และไม่ให้อำนาจกลุ่ม

3. ตามอย่างคนในบ้าน เมื่อมีคนในบ้านไม่ว่า จะเป็นบิดา มารดา หรือญาติพี่น้องซึ่งอยู่บ้านเดียวกันสูบบุหรี่ หลายคนจะสูบบุหรี่ เพราะเห็น การสูบบุหรี่ในบ้านมาแต่เด็ก จึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นหลายคน จะตามอย่างญาติพี่น้อง อยากลองสูบบุหรี่บ้าง และคิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นชาย มีงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดา มารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่สูงถึง 3 เท่า

4. เพื่อเข้าสังคม บางคนต้องสูบบุหรี่เพราะหน้าที่การงาน ที่ต้องเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์ หรืองานเลี้ยงรับรอง ซึ่งมีผู้สูบ ในสังคมนั้น ๆ เชิญชวนให้สูบ บางคน จะสูบบุหรี่ในงานสังคมนั้นทั้งนี้ เป็นความเชื่อที่ว่า ถ้าไม่สูบก็จะเข้ากลุ่มไม่ได้และทำธุรกิจไม่สำเร็จ ความเชื่อผิด ๆ มีวัยรุ่นบางคนสูบบุหรี่เพื่อเป็นการลดความอ้วน โดยเมื่อสูบบุหรี่แล้วจะมีความอยากอาหารลดลง จะมีรูปร่างดี

5. ความเครียด สารนิโคตินในควันบุหรี่ เมื่อสูดเข้าร่างกาย จะเข้าสู่สมอง ภายในเวลา

8 - 10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระยะต้น หลายคน จึงสูบบุหรี่ ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อ ปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ ผู้สูบบุหรี่เกิดการหงุดหงิด และเครียดได้ ในเวลาต่อมา นี่คือเหตุผลที่ทำให้ ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอ เพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย

6. กระแสของสื่อโฆษณา สื่อโฆษณาต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตคนอย่างมากสามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะซื้อ และนิยมชมชอบในผลิตภัณฑ์ ที่โฆษณา ถึงแม้ว่าประเทศไทย จะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ แต่บางประเทศที่ไม่มีกฎหมายห้าม ก็มีการโฆษณาทุกรูปแบบ ซึ่งเผยแพร่ไปทั่วโลก ตามการสื่อสารไร้พรมแดน ในปัจจุบัน ชาวชนสามารถรับรู้สื่อโฆษณานะบุหรีของต่างประเทศ ได้ทั้งทางหนังสือ หรือสิ่งพิมพ์ชนิดต่าง ๆ ทางวิทยุและโทรทัศน์ นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการโฆษณาแฝงของอุตสาหกรรมบุหรี ที่หลีกเลี่ยงกฎหมาย ก็มีมาก คือ การจดทะเบียนการค้าโดยใช้สัญลักษณ์ตราบุหรีเป็นสินค้า เช่น ผลิตภัณฑ์เสื้อผ้า เครื่องหนัง เครื่องเรือน ของใช้ต่าง ๆ และบริษัทท่องเที่ยว และการสนับสนุนต่าง ๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น การจัดแสดงดนตรี การจัดแข่งรถให้วัยรุ่น การแสดงแบบเสื้อให้กลุ่มสตรี และการแจกสมุดหรือหนังสือที่มีตราบุหรี ให้แก่เด็กเล็ก ในต่างประเทศยังมีการโฆษณาแฝงทางภาพยนตร์ โดยให้ดาราคที่เป็นที่ชื่นชอบสูบบุหรี และให้เห็นสัญลักษณ์ของบุหรี นั้นด้วย การโฆษณาทุกรูปแบบจะเน้นที่ความโก้เก๋ ทันสมัย และเร้าใจ ซึ่งส่งผลอย่างมาก ในการส่งเสริมให้สูบบุหรี ชาวชน จึงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรียี่ห้อที่มีการโฆษณาบ่อย ๆ ค่านิยมทางสังคม ที่ยอมรับการสูบบุหรี แม้แต่กฎหมายก็มีการรับรองเช่นกัน

7. มีการใช้บุหรีเป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีนี้ มักใช้ร่วมกับการดื่มสุราในสถานเริงรมย์ หรืองานเลี้ยงรับรองต่าง ๆ

8. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ แล้วเกือเงิน หรือไม่ทราบว่าจะทำอะไรก็จะหยิบบุหรีขึ้นมาสูบ ตามความเคยชิน การปฏิบัติเช่นนี้ เป็นประจำ จะทำให้เกิดการสะสมของนิโคตินในเลือด จนเกิดการชินชา และต้องสูบบุหรีมากขึ้นเรื่อย ๆ

9. การใช้ฤทธิ์ของนิโคติน เป็นยาหล่อมอารมณ์ ผู้ที่สูบบุหรีเป็นประจำ จะสะสมนิโคติน ไว้ในร่างกายระดับหนึ่ง ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นไว้เสมอ เนื่องจาก นิโคตินมีฤทธิ์ในการกล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินในร่างกายลดลง จากการขับถ่าย ก็จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด ไม่สบายใจ จึงต้องสูบบุหรีต่อไป เพื่อให้ระดับนิโคตินคงที่ต่อไป จึงอาจเรียกว่า ผู้ติดบุหรีว่า “ผู้เสพติดนิโคติน” (Nicotine addict) งานวิจัยจาก ประเทศแคนาดา ชี้ให้เห็นว่า เป็นเรื่องยาก ที่จะอธิบาย ได้ว่าการสูบบุหรีของวัยรุ่น เกิดจากปัจจัยใดเป็นหลัก ดังนั้น การมุ่งประเด็นไปที่ ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือพยายามทำความเข้าใจ การสูบบุหรีของวัยรุ่น จึงไม่ใช่หนทาง ที่จะช่วยให้พวกเขาหยุดพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ได้ นักวิจัย อธิบายว่า การป้องกันไม่ให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ควรจะมุ่งไปที่ตัวของวัยรุ่น แต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ในปัจจัยเรื่องเพศ ความมั่นใจในตัวเอง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และความสำเร็จด้านการศึกษา องค์ประกอบ เหล่านี้ของวัยรุ่น แต่ละคนจะส่งผลต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้ง ปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อน และโรงเรียน งานวิจัย ชี้ให้เห็นว่าการหา คำตอบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างไร โดยศึกษา จากนักเรียนจำนวน 877 คน ที่มีอายุ 13 ปี ซึ่งเพิ่งจะเข้ารับการศึกษานในโรงเรียน และไม่เคยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มาก่อน ทุก ๆ 3 เดือน ตลอดระยะเวลา 5 ปี นักวิจัย จะทำการสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เด็กเหล่านั้นเริ่ม มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า 48% ของนักเรียน ทั้งหมดจะเริ่มสูบบุหรี่ และนักเรียนจำนวน 21% จะสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน นักวิจัย อธิบายว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวเดียว และมีความสนใจการเรียนน้อย จะเสี่ยงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า เด็กคนอื่น ๆ เกือบ 3 - 5 เท่า การป้องกันไม่ให้วัยรุ่น มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นต้องควบคุม สภาพแวดล้อมของสังคม บ้าน และ โรงเรียนของพวกเขา นอกจากนี้ การโฆษณาบุหรี่ผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ควรตระหนัก เช่นกัน เพราะถือเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญ ที่ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (สำนักข่าว REUTERS, 2552)

แนวคิดจิตวิทยาวัยรุ่นกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัยรุ่นเป็นวัยหนึ่งที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เด็กจะต้องปรับตัวมากพอสมควรในการที่จะผ่านวัยนี้ไปได้ด้วยดีเพราะวัยนี้เป็นวัยที่เด็กมีการพัฒนาการที่รวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วนี้ ทำให้เด็กต้องปรับตัว ซึ่งการปรับตัว นำมาซึ่งความวิตกกังวล ความโกรธ ความเครียดทางอารมณ์ วัยรุ่น จึงเป็นวัยหนึ่งที่สังคมควรให้ความสนใจและตระหนักถึง ปัญหาทางพฤติกรรมของวัยรุ่น ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม นักจิตวิทยาได้แบ่งช่วงวัยรุ่นเป็น 3 ช่วง เพราะวัยรุ่นแต่ละช่วงมีความแตกต่างในด้านความรู้สึกนึกคิดและความสัมพันธ์กับพ่อแม่ โดยแบ่งดังนี้

วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 11 - 13 ปี) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก มีความหมกมุ่นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย

วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14 - 16 ปี) เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกาย ที่เป็นหนุ่มสาวแล้วมีความคิดซึ่งเป็นแบบนามธรรม จึงฝึกฝไฝ่อดมการณ์ และค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเองและลดความผูกพันและพึ่งพาพ่อแม่ลง

วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17 - 20 ปี) เริ่มตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม มีความคิดอ่านเป็นผู้ใหญ่มากขึ้นกว่าในช่วงวัยรุ่นตอนต้น การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยรุ่นมี ดังนี้

พัฒนาการทางอารมณ์ อารมณ์ของวัยรุ่น มีลักษณะพิเศษ แตกต่างจากวัยอื่น ๆ คือมีอารมณ์แปร่ง่าย หงุดหงิดง่าย มีความเครียดสูง (Storm and stress) และมีความรู้สึกต่อต้านผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม ของ อีริกสัน จะพบว่า วัยรุ่น จะเป็นวัยที่ พยายามหาเอกลักษณ์ของตนเอง โดยพยายามค้นหา ความสามารถ และความต้องการที่แท้จริง ของตนในอนาคตการค้นหา เอกลักษณ์ ของเด็กวัยรุ่น จะเป็นไปด้วยดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้และพัฒนาการที่ได้รับมา ตั้งแต่วัยเด็ก เป็นสำคัญ รวมทั้งโอกาส ที่เด็กจะเป็นอิสระ ในการค้นหาสภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อม และกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งจะช่วยให้เด็กรู้จักตนเองยิ่งขึ้น การพยายามค้นหาความเป็น เอกลักษณ์ของตนเอง จะทำให้เด็กวัยรุ่น ชอบความมีอิสระ ชอบทดลอง ชอบแสวงหาประสบการณ์ มีความต้องการความงดงามทางร่างกาย ความต้องการรวมพวกพ้อง จะเห็นได้ว่า เพื่อนจะมีอิทธิพล สูงมากต่อวัยรุ่น ดังนั้น การคบเพื่อนที่ดีย่อมจะช่วยส่งเสริม ความเจริญเติบโต และการพัฒนา บุคลิกภาพได้ แม้ว่าวัยรุ่น จะมีความต้องการอิสระ และการคบเพื่อน แต่เขายังคงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ การให้คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษา จากผู้ใหญ่ด้วย ถ้าผู้ใหญ่ไม่เข้าใจไม่ให้ความสนใจ หรือไม่ฟังความคิดเห็น จากวัยรุ่น และมีการแสดงพฤติกรรมต่อต้านผู้ใหญ่ ในเชิงก้าวร้าว และใช้อารมณ์ในทางไม่ดีก็ได้

การเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ สังคม ผลจาก การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จะทำให้เกิดผลกระทบ ต่ออารมณ์ และจิตใจ ได้อย่างตรงไปตรงมา ทั้งความวิตกกังวล หงุดหงิด หงุดหงิด หมกมุ่น ไม่พอใจ ในรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป

1. ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เด็กผู้ชายที่เข้าสู่วัยรุ่นช้า จะมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งอาจจะไม่มั่นใจ ในความเป็นชาย รู้สึกว่า ตัวเองไม่สมบูรณ์ มักถูกล้อเลียน กลั่นแกล้งจากเพื่อน ๆ ที่รูปร่างใหญ่โตกว่า มีความภาคภูมิใจ ในตนเองในระดับต่ำ และรู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อย ฝังใจไปได้ อีกนาน วัยรุ่นหญิง ที่โตเร็วกว่าเพื่อน ในวัยเดียวกัน (Early mature) มักจะรู้สึกอึดอัด และรู้สึกเคอะเขิน ประหม่า อายุต่อสายตาและคำพูด ของเพศตรงข้าม ในขณะที่ สภาพอารมณ์ จิตใจยังเป็นเด็ก

2. ความวิตกกังวล กับอารมณ์เพศที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลง ของระดับฮอร์โมน ทางเพศ ซึ่งจะส่งผลทำให้ วัยรุ่นเกิดอารมณ์เพศ ขึ้นมาได้บ่อย วัยรุ่นหลายคน ที่มีกิจกรรมส่วนตัว ที่เบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างดี โดยเฉพาะ ในวัยรุ่นที่ชอบเล่นกีฬา กลางแจ้งเป็นประจำ วัยนี้ จะมีความสนใจ อยากรู้ อยากเห็น อยู่แล้วเป็นทุน และเมื่อมาผสม กับการ ที่มีระดับฮอร์โมนทางเพศเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้ เด็กเรียนรู้ที่จะหัด สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อยากรู้ อยากเห็น กิจกรรมทางเพศ ผู้ใหญ่ควรเข้าใจถึง ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับความอยากรู้ อยากเห็นของ วัยรุ่น ควรให้ความรู้ ในเรื่องเพศที่ถูกต้อง และถือว่า ความรู้สึกในวัยนี้ เป็นเรื่องธรรมดา เป็น

ธรรมชาติอย่างหนึ่ง การที่วัยรุ่น จะสำเร็จความใคร่ ด้วยตนเองนั้น ไม่มีอันตรายต่อร่างกาย และไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรม ถ้ากระทำ อย่างระมัดระวังเป็นส่วนตัว และไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เป็นต้น

3. ความวิตกกังวล กลัวการเป็นผู้ใหญ่ วัยนี้ จะมีความคิด วิตกกังวล กลัวจะไม่เป็นที่ยอมรับ จากคนรอบข้าง มักจะ กลัว ความรับผิดชอบ ซึ่งจะรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักหนา ยุ่งยาก บางครั้ง อยากจะเป็นเด็ก อยากแสดงอารมณ์ สนุกสนาน ร่าเริง เบิกบาน

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

1. ความรัก และความห่วงใย ความรู้สึกอยากที่จะถูกรัก และยังอยาก ได้รับความเอาใจใส่ ห่วงใย จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็ก แต่มักจะมี ข้อแม้ว่า จะต้องไม่ใช่การแสดงออกของพ่อแม่ ที่ทำกับเขาราวกับเด็กเล็ก ๆ ไม่ต้องการ ความเจ้ากี้เจ้าการ ไม่ต้องการให้แสดงความห่วงใย อยู่ตลอดเวลา

2. เป็นอิสระอยากทำอะไร ได้ ด้วยตัวของตัวเอง อยากทำในสิ่ง ที่ตัวเองคิดแล้วว่าดี อยากมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ อยากที่จะทำตัว ห่างจากพ่อแม่ ห่างจากคำสั่ง การเจริญเติบโตในการทำงาน ของสมอง ทำให้เด็กวัยนี้ เริ่มมีความคิดอ่านเป็น ของตนเอง เริ่มมี ความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) การแยกจากพ่อแม่ ในเกือบทุกรูปแบบ บางครั้ง อาจทำให้ วัยรุ่นเกิดความรู้สึก ลับสัน สองจิตสองใจ และอาจมีความรู้สึก "สูญเสีย" ในความรัก ความเอาใจใส่จากพ่อแม่ แต่ถ้าพวกเขาขอรับการดูแล หรือยอมทำตาม คำสั่งของพ่อแม่ ก็จะไปขัดกับ ความต้องการที่จะเป็นเด็กโต เป็นอิสระของตนเอง ที่ต้องการพึ่งพาตนเอง การให้การเลี้ยงดู จึงต้องอาศัยความเข้าใจ และ เคารพในสิทธิส่วนบุคคลด้วย

3. ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ความต้องการที่จะยอมรับ ในสิ่งที่ มาจากตัวของตัวเขา ทำให้ พวกเขามั่นใจในตัวเอง พ่อแม่ คงต้องส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตัวเอง ให้มากที่สุด เท่าที่จะทำได้ตามวัย เพราะในการฝึกเด็ก นั้น นอกจาก จะทำให้เด็ก ได้ใช้มือได้อย่างคล่องแคล่วแล้ว ยังช่วยทำให้เด็ก ได้หัดคิด หัดตัดสินใจ ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วย

4. อยากรู้, อยากเห็น, อยากลอง การลองผิด ลองถูก และคอยสังเกต ดูจากปฏิกิริยาของคนรอบข้าง เพื่อตัดสินใจว่า สิ่งที่ทำนั้น ดี เลว เป็นอย่างไร วัยที่โตขึ้น เมื่อความสามารถเพิ่มขึ้น ร่างกายเจริญเติบโตขึ้นมา สิ่งรอบตัวต่าง ๆ ที่น่าสนใจ และท้าทายความสามารถ ก็จะเริ่มเข้ามาเพื่อทดลอง การสนับสนุนส่งเสริมเด็กให้คงสภาพ อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง และได้มีโอกาสทดลอง สิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ในขอบเขตที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ตามวัย จะทำให้เด็ก ก้าวเข้าสู่วัยรุ่นด้วยความภาคภูมิใจที่ตนเอง เคยมีประสบการณ์ต่าง ๆ มาบ้าง สิ่งเหล่านี้ จะมาเสริมความภาคภูมิใจ ในตนเอง ดังนั้น จะเห็นว่า การฝึกสอนและให้โอกาสเด็กได้ทดลองทำในสิ่งที่ถูกต้อง ควรฝึกสอนมาตั้งแต่

เด็ก และควรค่อย ๆ สอนถึง อันตรายในหลายสิ่ง หลายอย่าง ที่มีอยู่ในสังคม และวิธีการแก้ไข เรียนรู้ ทั้งสิ่งที่ดี และเลว การฝึกให้เด็กได้ลองในสิ่งที่น่าลอง แต่เสนอ ให้หัดยังตัวเอง ในสิ่งที่อันตราย จึงเป็นวิธีที่สำคัญ มาตั้งแต่วัยเรียน แต่ในทางตรงกันข้าม ในกลุ่มวัยรุ่น ที่ไม่เคยถูกฝึกให้ลองคิด ลองทำก่อน จะเกิดความสับสน วุ่นวายใจ ขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดการฝึกฝน ขาดการลองทำผิด ทำถูกมาก่อน จึงทำให้กลุ่มนี้ ตกอยู่ในกลุ่มที่มีอันตรายสูง และในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลย หรือไม่เคยสอนให้ยับยั้งชั่งใจมาก่อน นึกอยากทำอะไร ก็จะทำ ไม่เคยต้องผิดหวัง ไม่เคยสนใจ ว่าการกระทำของตัวเอง จะส่งผลกระทบต่อผู้คนรอบข้าง อย่างไร

5. ความถูกต้อง ยุติธรรม โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ตอนกลาง มักจะถือว่าความยุติธรรม เป็นลักษณะหนึ่งของความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่น จึงให้ความสำคัญ อย่างจริงจัง กับความถูกต้อง ยุติธรรมตามทัศนคติของตน เป็นอย่างยิ่ง และอยากจะทำ อะไรหลาย ๆ อย่าง เพื่อเรียกร้อง ความยุติธรรม ทั้งในแง่บุคคล และสังคมส่วนรวม จึงมักจะเห็นภาพวัยรุ่น ถกเถียงกันเรื่องของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว

6. ความตื่นเต้น ทำท่าย ความต้องการหา ประสบการณ์แปลก ๆ ใหม่ ๆ เกสียความจำใจ ซ้ำซาก วัยรุ่นกลุ่มนี้ จะสร้างความตื่นเต้น ทำท่ายกับการที่กระทำผิด ต่อกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของทางบ้านและกฎของสังคม นั้นเป็นเพราะว่า เป็นความตื่นเต้น และความรู้สึกว่า ถูกทำท่าย แนวทางการเลี้ยงดูเด็ก ฝึกให้เด็กได้มีโอกาสทำงาน ที่ท้าทายความสามารถ ที่ละน้อย อยู่ตลอดเวลา จะส่งผลทำให้เด็ก ได้พัฒนาความเชี่ยวชาญขึ้นมาได้ แก้ปัญหาได้

7. ต้องการการยอมรับว่า เป็นส่วนหนึ่งของบ้าน ของกลุ่มเพื่อน พื้นฐานการเลี้ยงดูที่ยอมรับ และมีความรัก ความผูกพัน ระหว่างพ่อแม่เด็ก จะมีผลทำให้ เด็กเกิดความรู้สึก ดังที่กล่าวมานี้ อย่างง่ายดาย จากการฝึกฝน ให้โอกาสเด็ก ในการตัดสินใจ ลงมือกระทำหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ และรับฟังพยายาม ทำความเข้าใจตาม ถ้าเบี่ยงเบน ก็ช่วยแก้ไข ถ้าถูกต้องก็ชมเชย และชื่นชม สิ่งเหล่านี้ จะไปกระตุ้นให้เด็กเกิดความรู้สึก เป็นที่ยอมรับจากบุคคลภายในบ้าน ซึ่งจะส่งผลทำให้ เด็กอยากเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน จากครู และจากคนอื่น ๆ ต่อ ๆ ไป จึงเป็นเหตุผลจูงใจกระทำความดีมากขึ้น ๆ

ในกรณีตรงกันข้าม ถ้าเด็กคนใดเกิดมาในครอบครัวที่ยุ่งเหยิง ทำให้ พ่อแม่ไม่มีเวลาพอ ที่จะดูแลเด็ก กลับจะต้องส่งเด็กมาฝากให้ญาติเลี้ยง เป็นภาระ ไม่มีใครเป็นธุระ จัดการอะไร ให้ อย่างออกนอกหน้า ถ้าไม่จำเป็น ก็ไม่ค่อยอยากจะได้รับรู้ รับฟังเรื่องของเด็ก ถึงเวลาจะนานก็ไม่รู้ว่าใคร จะให้ความอบอุ่นเมตตา หรือรักได้ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่เป็นที่ต้องการ ของใครแม้แต่คนเดียวในบ้าน ไม่ว่าจะถูก หรือทำผิด ทำดี หรือทำชั่ว ก็ไม่มีคนเห็นคนทัก หากคนที่หวังดีจริงใจ ใน การแนะนำตักเตือน อดทนช่วยฝึกสอนก็ไม่มี ในลักษณะเช่นนี้ เด็กจะมีชีวิต ที่เลือนลอย ไม่รู้สึกว่

ตัวเอง เป็นสมาชิกภายในบ้าน เป็นคนหนึ่งในครอบครัว ไม่มีใครรับฟังปัญหา หรือไม่รู้ว่าจะปรึกษาใคร เมื่อเติบโตไปโรงเรียน ก็มักจะพกพาเอาความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหวนี้ไปที่โรงเรียน ความที่ทักกะไม่ได้ถูกฝึกสอนมาตั้งแต่ที่บ้าน จึงทำให้ ผลการเรียนรู้ไม่ดี และมักจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน

ปัญหาการปรับตัวในวัยรุ่น ความขัดแย้งในจิตใจของวัยรุ่น ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นสิ่งที่ปกติธรรมดา ของการเจริญพัฒนา ไปเป็นผู้ใหญ่แต่จะไม่รุนแรง มีผลกระทบต่อการเรียนการทำงาน หรือด้านสังคม ในกรณีที่ปัญหารุนแรงส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ นั้น จึงจะจัดว่ามีปัญหา ในการปรับตัว พบได้ร้อยละ 10 - 15 ของวัยรุ่นทั่วไป โดยเฉพาะปฏิกิริยา ต่อการรับบทบาทหน้าที่ ของความเป็นผู้ใหญ่ รู้สึกว่าการดูแลรับผิดชอบตัวเอง เป็นภาระที่หนักหน่วง ยากที่จะรับเอาไว้ได้เกิดความเครียด บางราย มีอาการ วิตกกังวล กลุ่มใจ ท้อแท้ ทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ คิดพ่อแม่ ครู หรือเพื่อนเหมือนเด็กเล็ก หรือมีอาการแสดงออกมาทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง หรือมีอาการฉุนเฉียว วู่วาม ก้าวร้าว ต่อต้าน ซึ่งอาการเหล่านี้ จะมีอยู่ไม่นาน ในที่สุด จะสามารถพัฒนาต่อไป ได้ในที่สุด ชีวิตนี้ แท้จริงมีปัญหาก็ทำให้เราต้องปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้งประจำวันอยู่ตลอดเวลาแต่ในระยะวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะพิเศษ เพราะเกิดผลต่อเนื่อง ลูกถามได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจาก วัยรุ่น มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย อยากเป็นอิสระ อยากเป็นผู้ใหญ่ ไม่อยากฟังเหตุผล ของใคร เจ้าทิฐิ อดคิด ถอดใจ แต่ในขณะเดียวกัน ก็ยังขาดความเชี่ยวชาญ ในการแก้ไขปัญหา ในการพูด การทำงาน จึงทำให้เปลี่ยนแปลงได้ง่าย วัยรุ่น ผู้เข้าใจปัญหาประจำวัยของตน และสามารถปรับตัวดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม คือ วัยรุ่นที่มีความสุข มีความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จในอนาคต

การสร้างบุคลิกภาพ การค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง พัฒนาทางด้านความนึกคิด ค้นหาสิ่งต่าง ๆ ทั้งทาง คำพูด การแสดงออก การแต่งกาย การเข้าสังคม วัยรุ่นที่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติในการค้นหาตัวเองได้อย่างไม่ยุ่งยากนัก มักจะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือเป็นผู้ที่ใช้สติปัญญาเผชิญกับเหตุการณ์ ในชีวิต มากกว่าการใช้อารมณ์ เป็นผู้ que เลือกเผชิญหน้า กับปัญหา มากกว่า เป็นผู้ที่จะยอมหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นผู้ que รู้เท่าทันธรรมชาติของตน มาก่อน เป็นผู้ que ไม่มีความรู้สึกวุ่นวาย โดดเดี่ยวมีหนทางที่จะไปขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

1. วัยรุ่น ที่สามารถผ่านวิกฤตการณ์ และค้นพบตัวเอง ก็เท่ากับ มีความสามารถที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มี บุคลิกภาพมั่นคง

2. การเอาชนะตัวเอง การควบคุม พฤติกรรม อารมณ์ ให้ออกมาในรูปที่เหมาะสม ในระยะแรก ๆ จะพบลักษณะสองจิต สองใจ ระหว่างความอยากเป็นเด็กต่อไป กับความอยากเป็นผู้ใหญ่ จากความรู้สึกนึกคิด ของวัยรุ่น มักจะมองว่า สภาวะผู้ใหญ่ หมายความว่า

พึ่งตนเองได้ ตัดสินใจได้ถูกต้อง การที่จะเอาชนะใจตนเองนั้น เป็นสิ่งที่ เด็กควรจะได้รับ การเรียนรู้ ได้รับโอกาสในการฝึกฝน มาตั้งแต่เด็ก ๆ ที่ละเล็ก ที่ละน้อย ผ่านการที่พ่อแม่กำหนดขอบเขตต่าง ๆ ในชีวิต แต่ในวัยเด็ก ที่ไม่เคยเรียนรู้ ที่จะยับยั้งชั่งใจมาก่อน ไม่เคยเอาชนะตัวเองโดยการทำให้เหมาะสมได้เลย หรือถูกเลี้ยงดูให้เอาแต่ใจตัวเอง อยากได้อะไร ก็ได้ อยากทำอะไรก็จะทำ ครั้นเติบโตเข้าวัยรุ่น มีอิสระมากขึ้น ก็จะเห็นพฤติกรรม ที่ไม่ยังคิดได้บ่อย ๆ และบางครั้งกลับเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอีกด้วย

3. การแยกตัวเองเป็นอิสระ คำว่าอิสระในสายตาของวัยรุ่น ก็คือมีสิทธิและเสรีภาพเท่าที่บุคคลหนึ่งพึงจะมี ซึ่งรวมทั้งการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ขณะเดียวกันพวกเขาก็จะสังเกตดูการยอมรับจากพ่อแม่คนข้างเคียงด้วย

พฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่ ปัญหาการสูบบุหรี่ ในวัยรุ่นนั้น (ณัฐพงษ์ พุดกล้า, 2540, หน้า 29 - 31) ได้นำเสนอดังนี้

1. พฤติกรรมต่อต้าน วัยนี้ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ ที่สำคัญ สองประการ คือ การแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อที่จะค้นหาว่า เขาอยากเป็นอะไร มีความสามารถอะไร มีเป้าหมายชีวิตอย่างไร บางครั้ง การพยายามทำให้ไม่ต้องการพึ่งพาผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมต่อต้านผู้ใหญ่ หรือผู้ที่ต้องการใช้อำนาจที่เหนือกว่าเขา และหลายครั้งที่ พบว่าการที่เด็กต่อต้าน ไม่ใช่เพราะเขาไม่ต้องการทำอย่างนั้น แต่เป็นเพราะเขารู้สึกว่า ตัวเขาถูกกำหนดให้ทำมากกว่า เป็นสิ่งที่เขาเป็นคนตัดสินใจเลือก ด้วยตนเอง พฤติกรรม การต่อต้าน ที่ควรสนใจ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 เด็กที่มีแนวโน้ม ที่จะต่อต้าน มาตั้งแต่ก่อนวัยรุ่น เด็กจะมีพฤติกรรม การแสดงออกถึง การต่อต้านมากขึ้น ไม่เชื่อฟัง ไม่นับถือ ทำให้ เกิดความขัดแย้ง มากยิ่งขึ้น เด็กเริ่มมองว่าตนเอง เป็นเด็กไม่ดีในสายตาผู้ใหญ่ เด็กอาจจะเริ่ม หันเข้าหาบุหรี่ เพื่อเป็นการท้าทาย หรือมองว่าตนเองคิดหรือทำอะไรไม่เลวดี การสูบบุหรี่ หรือไม่ก็ไม่ช่วยทำให้ ตนเองดีขึ้น

1.2 เด็กที่ไม่กล้าแสดงออก ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เขาเกิดความขัดแย้ง ระหว่างการอยาก เป็นตัวของตัวเอง กับการยอมรับ การฟังฟังต่อไป เด็กอาจจำยอมทำตาม ที่ ถูกกำหนด จนกระทั่ง สามารถหาเอกลักษณ์ ของตนเองได้ ทำให้ ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถคิดตัดสินใจ และเผชิญปัญหา ตามลำพังได้ มีแนวโน้ม ถูกชักจูงได้ง่าย ถ้าอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่ไม่ดี อาจถูกชักจูงให้ไปสู่อ การสูบบุหรี่ได้

2. การติดเพื่อน วัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มสนใจกิจกรรมนอกครอบครัว เริ่มเข้ากลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกัน ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เนื่องจากเขา ไม่ต้องการพึ่งพาผู้ใหญ่และกำลัง ค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง วัยรุ่น และเพื่อนอยู่ในช่วงของการพัฒนา เช่นเดียวกัน เขาสามารถ พุดคุยปรึกษาหารือ ทดสอบเอกลักษณ์ของตนเอง กับเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถ

เรียนรู้และมีพัฒนาการทางสังคมได้จากกลุ่มเพื่อน รวมทั้ง เพื่อนต่างเพศที่เริ่มเข้าสู่ความสนใจตามวัย หากความผูกพันภายในครอบครัวของวัยรุ่นไม่ราบรื่น วัยรุ่นอาจจะหันไปรับค่านิยมจากกลุ่มเพื่อนแทน รวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย

3. การอยากลอง จากการศึกษาวัยรุ่นจำนวนมาก พบว่า สาเหตุที่วัยรุ่นสูบบุหรี่เพราะอยากลอง วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น ต้องการมีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ เนื่องจากกำลังค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง การควบคุมความต้องการของตนเอง เป็นสิ่งที่วัยรุ่นจำเป็นต้องฝึกฝนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่ การมีความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้น มักเนื่องมาจากเด็กควบคุม หรือถูกควบคุมมากเกินไป และการที่เด็กไม่ควบคุมหรือถูกปล่อยให้มีอิสระจนไร้ขอบเขต เด็กที่ถูกควบคุมมากเกินไป ทำให้ขาดประสบการณ์ ไม่เป็นตัวของตัวเอง อาจถูกหลอกลวงได้ง่าย ในทางตรงกันข้าม เด็กขาดการควบคุมตนเอง จะไม่สามารถคิดพิจารณาให้รอบคอบ ไม่คิดถึงผลที่ตามมาจากการกระทำของตน

4. อารมณ์แปรปรวน วัยนี้มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย และอิทธิพลของฮอร์โมนทำให้เกิดความตึงเครียดของอารมณ์ได้ง่าย และบางครั้งสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ถ้าวัยรุ่นมีลักษณะการพัฒนาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้อารมณ์แบบเด็ก ควบคุมอารมณ์ได้ง่าย อดทนต่อความคับข้องใจไม่ได้ ทำให้ปัญหาอารมณ์เด่นชัดมากขึ้น นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างและอาจนำไปสู่การสูบบุหรี่เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ เครียด โดยไม่สามารถใช้ความอดทนในการแก้ไขปัญหามิทางที่ดีได้ ซึ่งตามแนวคิดจิตวิทยาวัยรุ่น ซึ่งเชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้มีผู้ทำการศึกษา ไว้ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

งานวิจัยในประเทศ

จันทนา จันทรไพจิตร (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเหตุผลของการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สาเหตุในการสูบบุหรี่ของนักเรียนในระดับมาก คือ สูบเพราะอยากทดลอง ในระดับปานกลางคือ สูบเพื่อผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล สูบเพราะเพื่อนชวน สูบเพื่อเข้าสังคมกับเพื่อนและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมการสูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ระหว่าง 13 - 16 ปี

จริยา โกสินทร์ (2542, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมปลายสี่โรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักเรียนประถมปลายที่มีสถานที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักเรียนประถมปลายที่เห็นคนสูบบุหรี่แตกต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักเรียนประถมปลายที่อ่านหนังสือการ์ตูน และกลุ่มที่มีพฤติกรรม การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ผ่านสื่อวารสาร นิตยสาร ครู อาจารย์ มีทัศนคติ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักเรียนประถมปลาย ที่มีพฤติกรรมการเปิดรับ ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ผ่านสื่อวารสาร นิตยสาร ครู อาจารย์ บิดา มารดา

ธนรัตน์ จันดามิ (2551, บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการ ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการ สูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทาง การศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน เบญจมาราชานุสรณ์ อยู่ในระดับปานกลางปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ลักษณะที่พึงอาศัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว อาชีพของ ผู้ปกครองนักเรียน สถานภาพครอบครัวของนักเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมี นัยสำคัญ .01 ลักษณะที่พึงอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา สถานภาพครอบครัวของนักเรียน กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญ .05

สุรพงษ์ ชูเดช (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มีจุดมุ่งหมาย 5 ประการ คือ

1. ต้องการศึกษาว่าปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ หรือไม่
2. ต้องการศึกษาว่าปัจจัยเอื้อ ร่วมกับปัจจัยเสริม เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ หรือไม่
3. ต้องการศึกษาว่า ปัจจัยเอื้อ ร่วมกับปัจจัยนำ เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือไม่
4. ต้องการศึกษาว่าปัจจัยเสริมร่วมกับปัจจัยนำเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือไม่

5. ต้องการศึกษาว่าปัจจัยนำสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้หรือไม่ กลุ่ม ตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาปริญญาตรีที่สูบบุหรี่ จำนวน 179 คน พบว่า 1) นักศึกษาที่มีรายได้ สูง นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ นักศึกษาที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนสูง หรือนักศึกษา ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่า นักศึกษาที่มีลักษณะตรงกันข้าม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ 2) นักศึกษาที่รับรู้ว่านูหรีมีราคาต่ำและมีปัจจัยร่วม ได้แก่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ มี

ทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนสูง มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ มีสุขภาพจิตไม่ดี มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ นักศึกษาที่มีรายได้สูง และมีปัจจัยร่วมได้แก่ มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ นักศึกษาที่ได้บุหรี่มาจากครอบครัวและมีความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง นักศึกษาที่พอกอยู่กับครอบครัวและมีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ นักศึกษาที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่และมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ต่ำ นักศึกษาที่มีเพื่อนสูบบุหรี่และมีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ นักศึกษาเหล่านี้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่านักศึกษากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ปัจจัยนำที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคต สุขภาพจิต ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความเชื่ออำนาจภายในตน (ค่าเบต้า .62, .41, .27, 18 ตามลำดับ)

ยุวดี โลกโพธิ์ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอำนาจเจริญ จากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน มาจากการทดลองในชั้นแรก แล้วต่อมาพัฒนามาเป็นสูบประจำ และสุดท้ายคือการติดนิโคติน ผลจากการวิจัยผู้ใหญ่ที่มี พฤติกรรมการติดนิโคติน โดยส่วนใหญ่จะเริ่มสูบก่อนอายุ 20 ปี ซึ่งจะพบมากในกลุ่มอายุ 12 - 14 ปี วัยรุ่นที่เริ่มสูบโดยไม่คำนึงถึงความมีฤทธิ์เป็นสารเสพติดของนิโคติน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึง ประสิทธิภาพของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก นักเรียนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลักสินี วรรณประพันธ์ (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครราชสีมา จำนวน 798 คน พบว่า มีสัดส่วนนักเรียนสูบบุหรี่ร้อยละ 31.45 โดยจำนวนนี้ จำแนกเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว) ร้อยละ 13.91 และกลุ่มสูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบบุหรี่แล้ว) ร้อยละ 17.54 ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 10 - 12 ปี (ร้อยละ 47.86 ปี เฉลี่ย 12.41 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพราะเพื่อนชวน (ร้อยละ 59.3) ส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่มาสูบเอง (ร้อยละ 52.9) ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ 51.1 บาท/สัปดาห์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รายได้นักเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ นักเรียนที่มีความแตกต่างกันในเรื่องชั้นปีที่ศึกษา การออกกำลัง

กาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุคคลที่พักอาศัยด้วยในขณะศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคล ใกล้ชิด และสถานภาพสมรสของบิดามารดา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉราวรรณ สร้อยทอง (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อัตราการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้น ม.1 - 6 ทั้งภาครัฐบาล และเอกชนรวม 10 แห่ง (โรงเรียน ในภาคเหนือ อีสาน ได้ กลาง และกรุงเทพมหานคร) ผลการศึกษา พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เท่ากับร้อยละ 17.6 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 10 - 14 ปี ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ การ สัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นนักกีฬา การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่

งานวิจัยต่างประเทศ สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ (อ้างอิงใน จันทนา จันทรไพจิตร, 2541, หน้า 14) สรุปได้ดังนี้ อีแวน (Evan) ศึกษาเป็นเวลา 3 ปี ในกลุ่มนักเรียน Junior high school พบว่า การคิดบุหรี่ยของนักเรียนมาจากบุคคลใกล้ชิดตัว คือ มวลชน และการสูบบุหรี่ของ บิดา มารดา และยังได้พบต่อไปอีกว่า อิทธิพลของจิตวิทยาสังคม มีผลทำให้กลุ่มวัยรุ่นตัดสินใจสูบบุหรี่ ได้แก่ บทบาททางครอบครัว แรงผลักดันจากกลุ่ม (Peer group) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เฮิร์ด (Hurd) ศึกษาการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลใน ครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่ชาย หรือพี่สาว เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของ กลุ่มนักเรียนและวัยรุ่น และจากการวิจัยของเคซิน และคนอื่น ๆ ได้ศึกษาเรื่องการทำนายความตั้งใจ สูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในระบบโรงเรียนรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ใน ระดับมัธยมศึกษา เป็นนักเรียนชาย ร้อยละ 49 นักเรียนหญิง ร้อยละ 51 มีสถานการณทางสังคม อยู่ ระดับชั้นชั้นกลาง บิดา มารดา มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ และ พบว่ากลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลในการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมาก ซึ่งพบในระดับมัธยมศึกษาตอน ปลายมากกว่า แสดงว่า อิทธิพลที่สำคัญ ในการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น คือ เพื่อน และรายงาน วิจัยของ Holly Oglesbee (2000) ได้ศึกษาแนวโน้มนการสูบบุหรี่ และผลของการสูบบุหรี่ ที่ ก่อให้เกิดแรงดึงดูดและอารมณ์ การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากับผู้สูบบุหรี่กับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ นักศึกษา มหาวิทยาลัย ของรัฐแคนซัส ในประเทศ สหรัฐอเมริกา เป็นผู้ ที่สูบบุหรี่ 56 คน และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 60 คน จากประชากร 116 คน เป็นเพศชาย 57 คน เพศหญิง 59 คน การวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่เหมือนกันจะมีแรงดึงดูดซึ่งกันและกัน สำหรับทางด้านอารมณ์ จาก การทำแบบสอบถาม พบว่า การสูบบุหรี่ ทำให้พวกเขาเป็นคนมีเสน่ห์ จากการผลการวิจัยนี้ เสนอ เป็นการสร้างแบบให้เด็ก ๆ ที่เห็นสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่เกิดแรงดึงดูดให้สูบบุหรี่

แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยา สังคมชาวสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Kegel, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชน ไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใด ๆ ทั้งที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการ หรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระบายนั้น (ค.ศ. 1950 - 1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker & Maiman, 1974 อ้างถึงใน ริตารัตน์ จันดาณี, 2551) โดยมีข้อสมมุติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคเช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่า ตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถคุมโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งมีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดจากทฤษฎีสถาน (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ของ เคิร์ท เลวิน โดยทฤษฎี กล่าวว่า บุคคลจะหันเหไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative value) โดยที่ เลวิน มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนที่ไปสู่การมีสุขภาพดีซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้ เลวิน ยังเชื่อว่า การที่บุคคลจะประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ประการที่ 2 คือการประเมินผลลัพธ์ที่ออกมาซึ่งตัวแปรทั้งสอง จะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock, 1974 อ้างใน ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกเหนือจาก การรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การ

รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรง ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้ จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษา

สุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่อง ที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960) ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษา ไว้ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

ใจเพชร พลสงคราม (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้าน โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนารัตน์ จันดามิ (2551, บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทิชา ภาชา (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ จำนวน 813 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคว์สแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษา ไว้ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 58 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง สามารถเลิกสูบบุหรี่ และลดจำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ใจเพชร พลสงคราม (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตัว ในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธนรัตน์ จันดามิ (2551) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาพร โพธิ์ทอง (2551, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1 - ปวช.3 จำนวน 229 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบ

ของการสูบบุหรี่ด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อุษา ฤทธิธาดา (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat) เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้นักลสามารถรับรู้ภาวะคุกคามว่ามี มากน้อย เพียงใด

2 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

2.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา

2.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม

กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็น พื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันเป็นต้น

2.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง (Becker, Maiman 1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้น จะต้องพิจารณาถึง สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะ ของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก หรือสิ่งกระตุ้น ภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือน จากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ มีผู้ทำการศึกษา ไว้ ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

นิพนธ์ กุลนิตย์ (2547, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ในส่วนของปัจจัยเชิง คุณภาพนั้น อันดับแรก คือ การไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและไม่ทราบว่าจะทำให้เกิด โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาอันดับสองคือ ไม่เคยเห็นใครเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ อันดับสาม คือ ไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด

นันทิชา ภาชา (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ จำนวน 813 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบ คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคว์สแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ลักษณะที่พัก อาศัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครองนักเรียน สถานภาพครอบครัวของนักเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญ .01 ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา สถานภาพครอบครัวของ นักเรียน กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญ .05 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การใช้เวลา ว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ปกครอง พบว่า ตัวแปร ทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประภาพร โพธิ์ทอง (2551, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิก กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1 - ปวช.3 จำนวน 229 คน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยทาง ชีวสังคม ซึ่งได้แก่ อายุ และสาขาที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของ บุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อ ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลักลั่น วรรณประพันธ์ (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครราชสีมา จำนวน 798 คน พบว่า มีสัดส่วนนักเรียนสูบบุหรี่ร้อยละ 31.45 โดยจำนวนนี้จำแนกเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบ แล้ว) ร้อยละ 13.91 และกลุ่มสูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบบุหรี่แล้ว) ร้อยละ 17.54 ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ ในช่วงอายุ 10 - 12 ปี (ร้อยละ 47.8 เฉลี่ย 12.41 ปี) สาเหตุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพราะเพื่อนชวน (ร้อยละ 59.3) ส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่มาสูบเอง (ร้อยละ 52.9) ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ 51.1 บาท/ สัปดาห์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์เชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รายได้นักเรียน และ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ นักเรียนที่มีความแตกต่างกันในเรื่องชั้นปีที่ศึกษา การออก กำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุคคลที่พักอาศัยด้วยในขณะศึกษา การสูบบุหรี่ของ บุคคลใกล้ชิด และสถานภาพสมรสของบิดามารดา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย

3.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจาก โรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิด ผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่า มีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับรู้ประโยชน์ นั้น ได้มีผู้ทำการศึกษา ไว้ ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

ประไพจิต ชุมแวงวาปี (2549, บทคัดย่อ) ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น การศึกษาวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคการควบคุมตนเอง และกระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบ บุหรี่เป็นประจำและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 93 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน จาก สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน จากสถาบันเทคโนโลยี ราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ เทปวีดิทัศน์

เอกสารความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หุ่นจำลองสรีระของมนุษย์ และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน หลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละและค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติ Student's t-test และ Paired Samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ กับการเลิกสูบบุหรี่ และสถิติ Z-test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของนักศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากขึ้น มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้องมากขึ้น และมีนักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาพร โพธิ์ทอง (2551, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1 - ปวช.3 จำนวน 229 คน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่ามี ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับรู้อุปสรรคนั้น ได้มีผู้ ทำการศึกษา ไว้ตัวอย่างด้วยกัน เช่น

ธนารัตน์ จันดามิ (2551, บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการ ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกัน

การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการรับรู้ผลกระทบของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทิชา ภาษา (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ จำนวน 813 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบ คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคว์สแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการ ป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประไพจิต ชุมเวงวาปี (2549, บทคัดย่อ) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น การ ศึกษาวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคการควบคุมตนเอง และกระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบ บุหรี่เป็นประจำและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 93 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน จาก สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน จากสถาบันเทคโนโลยี ราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ เทปวิดีโอที่สนั เอกสารความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หุ่นจำลองสรีระของมนุษย์ และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ ทำการเก็บ รวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการ ทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละและค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติ Student's t-test และ Paired Samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการ เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ใช้

สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ กับการเลิกสูบบุหรี่ และสถิติ Z-test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของนักศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากขึ้น มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้องมากขึ้น และมีนักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากปัจจัยด้านการรับรู้ อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

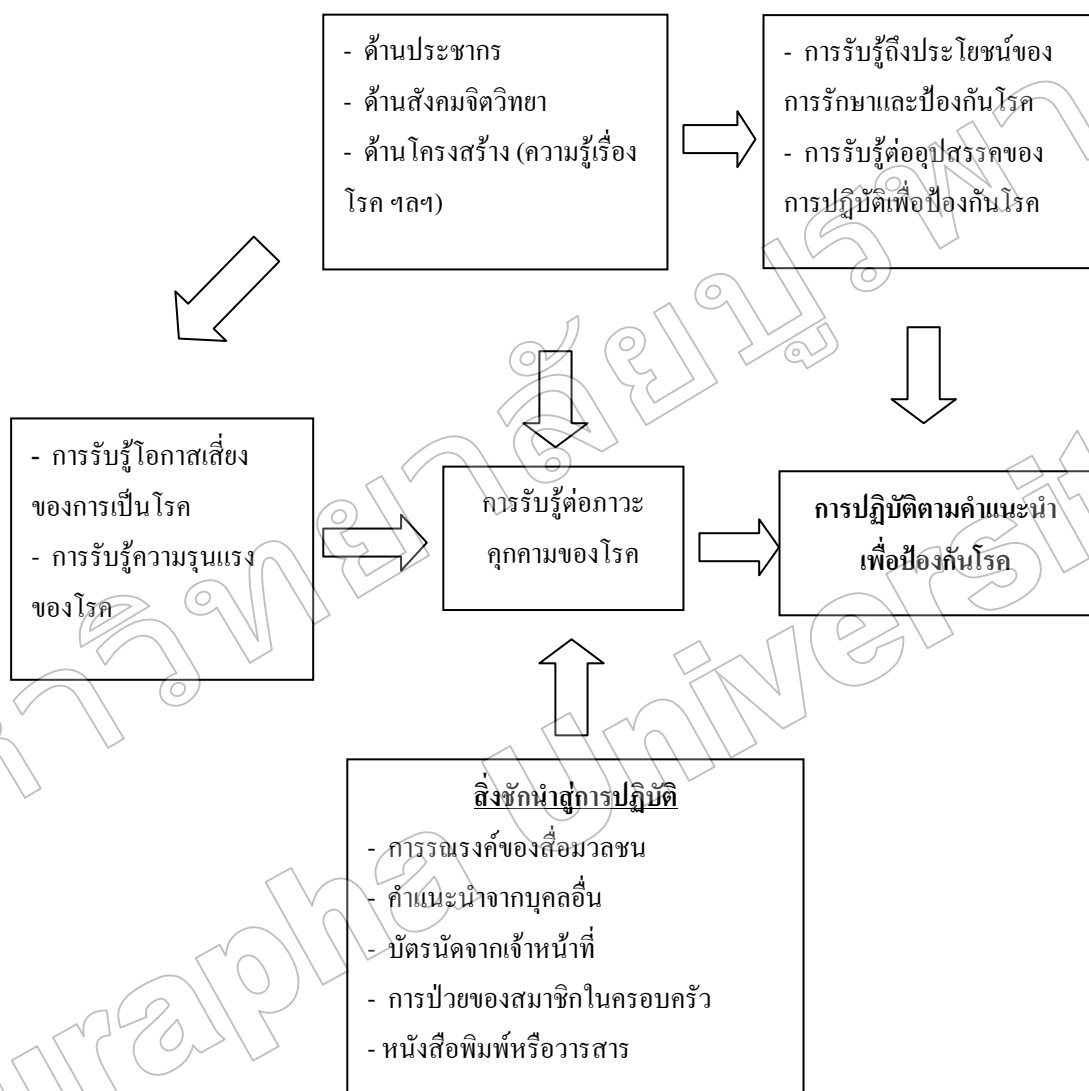
ประภาพร โพธิ์ทอง (2551, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1 - ปวช.3 จำนวน 229 คน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า สำหรับปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เริ่มสูบบุหรี่ มักเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ กำลังศึกษาระดับ มัธยมศึกษา อุดมศึกษา สาเหตุของการสูบบุหรี่มีหลายสาเหตุ เช่นอยากลอง อิทธิพลการสูบบุหรี่ตามเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัวที่สูบ การยอมรับจากสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีทัศนคติความเชื่อผิด ๆ รวมทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ และมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคในการสูบบุหรี่ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ของของนักศึกษาชายประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส มาใช้ในการศึกษารั้วนี้ และนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการลด ละ เลิก และป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ในสถานศึกษาอื่น ๆ ในจังหวัดนราธิวาส ต่อไป

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



ภาพที่ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค

ที่มา: Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. A New Approach to Explaining sick-role Behavior in Low-income Populations. American journal of Public Health. 64 (3), 1974: 206
(อ้างใน ยุวดี รอดจากภัย, แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ: 2550)