

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานการวิจัย

ลำดับขั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกของไทย

Smoking Stages Among Adolescents in the Eastern Part of Thailand

โดย

ผศ.ดร.พรนภา หอมสินธุ์ และ ผศ.ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

3 ส.ย. 2553

27 07 11

๒๕๕๓.๗๗๐๕

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา

ปีงบประมาณ 2551

เริ่มโครงการ

24 ส.ย. 2553

## กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยเรื่อง “ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย” สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจาก ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา ตลอดจนความร่วมมือจากนักเรียน คุณครูและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขอขอบพระคุณทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษา และผู้ตรวจสอบทางวิชาการทุกท่านที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์

(หัวหน้าโครงการ)

มีนาคม พ.ศ. 2553

## ชื่อโครงการ ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกของไทย

Smoking Stages Among Adolescents in the Eastern Part of Thailand

**ชื่อผู้วิจัย** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์  
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

**หน่วยงานที่สังกัด** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เบอร์โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2840

**ทุนสนับสนุน** ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2551 จำนวนเงิน 411,900 บาท

### บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในสังคมไทยที่ก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเยาวชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย ในเขตภาคตะวันออก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence (TTI) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6) และนักเรียนอาชีวศึกษา (ปวช) ทั้งในสังกัดรัฐบาลและเอกชนในเขตภาคตะวันออก จำนวนทั้งสิ้น 800 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง การสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มย่อยวัยรุ่นจำนวน 50 คน เพื่อนำมาอธิบายผลการศึกษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาคด้วยสถิติ multinomial logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามระยะต่างๆของลำดับชั้นการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นมีการสูบบุหรี่อยู่ในระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.7 ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.8 ระยะทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.8 ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส ร้อยละ 15.8 มีเพียงร้อยละ 1.5 และ 7.4 ที่อยู่ในระยะสูบบุหรี่ประจำและระยะติดบุหรี่ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะต่างๆพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ได้แก่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะทดลองสูบบุหรี่ ได้แก่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส ได้แก่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะสูบบุหรี่ประจำ/ติดบุหรี่ ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ เพศ ความผูกพันกับ

ครอบครัว ความผูกพันกับโรงเรียน และการยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ จะเห็นว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกระยะของการสูบบุหรี่

ผลการศึกษานี้จะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความเหมาะสมกับระยะการสูบบุหรี่ของเยาวชนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนต่อไป

## Abstract

Smoking remains a major public health problem that lead to several negative impacts including physical, mental, social and economic in Thai society, especially among youths. The purposes of this study were to identify the prevalence of smoking and smoking stages, and to examine the factors related to smoking among Thai youths in the Eastern part of Thailand. The triadic influence theory (TTI) was used as a conceptual framework. The participants of the study were secondary school students (Mathayom 4 to Matayom 6) and vocational college students (vocational certificate) both public and private schools in the eastern part of Thailand. A total sample was 800 students. Data were collected with self-administered questionnaires. In addition, in-depth interview and focus group discussion were carried out by 50 students in order to elaborate findings. Statistics including mean, percentage, standard deviation, and multinomial logistic regression were used to analyze data. Content analysis technique was also used.

The findings of the study demonstrated that the prevalence of smoking in adolescents was 24.7%. Regarding the stages of smoking, 53.7% were categorized as being in the non-susceptible precontemplation stage, while 8.8%, 12.8%, and 15.8% of them were classified as being in the susceptible precontemplation, tried, and experimentation stages respectively. There were only 1.5% and 7.4% of them classified as being in the regular smoking stage and established smoking stage. Factors related to the susceptible precontemplation stage were attitudes towards smoking and offers of smoking. Factors related to the tried stage were offers of smoking, attitudes towards, GPA, and parental smoking. Factors related to the experimentation stage were offers of smoking, attitudes towards smoking, peer smoking, GPA, parental approval of smoking. Factors related to the regular smoking/ established smoking stage were attitudes towards smoking, offers of smoking, gender, family

attachment, school attachment, and parental approval of smoking, Attitudes towards smoking and offers of smoking were significantly associated with all stages of alcohol drinking.

The study outcome will enable the authority to understand the Thai youth smoking behavior, and could be used to develop an efficient program tailored to the smoking progression of adolescents, so as to prevent them from cigarette smoking.

## สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
สารบัญ	vi
สารบัญตาราง	viii
สารบัญภาพ	ix
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น	8
สารพิษในบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ	11
ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง	13
ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The triadic influence theory: TTI)	13
ลำดับขั้นการสูบบุหรี่	15
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น	17
กรอบแนวคิดในการวิจัย	28
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
รูปแบบการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	33
วิธีดำเนินการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	
ข้อมูลทั่วไป	38
ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา	40
สถานการณ์การสูบบุหรี่และลำดับขั้นการสูบบุหรี่	42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่	43
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่	49
แบบแผนการสูบบุหรี่	56
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปผลการศึกษา	59
อภิปรายผลการศึกษา	60
ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเพื่อการนำไปใช้	71
สรุปข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	73
ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัย	75
<b>บรรณานุกรม</b>	76
<b>ภาคผนวก</b>	
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	94
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	95
แบบแสดงความยินยอม	97
ตัวอย่างแบบสอบถามบางส่วน	99
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	102



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการเป็นวัยรุ่น	9
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	36
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา	41
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่	43
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการสูบบุหรี่	45
ตารางที่ 6 ค่า Crude และ Adjusted Odds Ratio ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง	47
ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาและระยะการสูบบุหรี่	50
ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระยะการสูบบุหรี่	54
ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำแนกตามแบบแผนการสูบและเพศ	57

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	29
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	32

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการสูบบุหรี่ทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานแนวโน้มการบริโภคบุหรี่ใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2513 – พ.ศ.2543) ของประชากรในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก พบว่าจำนวนการบริโภคบุหรี่โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 75.10 โดยเฉพาะในประเทศยากจนที่กำลังพัฒนามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาก ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (Guindon & Boisclair, 2003 อ้างในลักขณา เต็มศิริกุลชัย และ ศรัณยา เบญจกุล, 2550) และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.6 พันล้านคน ในจำนวนดังกล่าวครึ่งหนึ่งเป็นเด็กและวัยรุ่น (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543)

ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆที่การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในสังคม จากการศึกษาสถานการณ์การบริโภคบุหรี่ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) ซึ่งได้นำฐานข้อมูลทุติยภูมิในโครงการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วง 16 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2550 มาวิเคราะห์ พบว่าในปัจจุบันมีผู้ที่สูบบุหรี่ทั่วประเทศไทยราว 11 ล้านคน ที่สำคัญคือพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มต่างๆมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ในกลุ่มเยาวชนกลับมีอัตราการสูบบุหรี่ไม่คงที่และมีแนวโน้มสูงขึ้นในบางช่วง โดยเห็นได้จากประชากรกลุ่มอายุ 15-18 ปีหรือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันต่ำสุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆและมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 12.04 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 8.87 และ 6.44 ในปี พ.ศ. 2539 และ 2544 ตามลำดับ จากนั้นกลับพบว่าอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆเป็น 6.58, 6.66 และ 7.25 ในปี พ.ศ. 2547, 2549 และ 2550 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2550 ก็พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆคิดเป็นร้อยละ 15.80 สำหรับอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่นั้นพบว่าลดลงจาก 19.03 ปีในปีพ.ศ. 2534 เป็น 18.67 ปีในปี พ.ศ. 2550 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ และอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สังคมควรตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม วัยนี้จึงเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต มีการตัดสินใจที่วู่วามรวดเร็ว มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรง จึงอาจเรียกได้เป็นวัยพายุบูแคม (storm and stress) (สุชา จันทน์เอม, 2528) วัยรุ่นยังเป็นช่วงเวลาที่ต้องการการเป็นอิสระจากครอบครัว และมีการพัฒนาคุณค่าความเป็นตัวตนของตนเอง พวกเขาจึงต้องการการยอมรับจากเพื่อนซึ่งอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆรวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย (Ferguson, 2009) การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียหลายประการทั้งต่อตัวผู้สูบบุหรี่เอง โดยตรงและผู้ที่สูดควันบุหรี่ โดยพบว่าบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการเกิดโรคต่างๆได้มากกว่า 25 โรค เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น (WHO, 1998) การสูบบุหรี่ยังส่งผลต่อการเจริญเติบโตในวัยรุ่น โดยพบว่าเด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีการเจริญเติบโตที่น้อยกว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (รัชนา สานติยานนท์ บุษบา มาตระภูถ และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550) จึงเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าการไม่สูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการป่วยและการตายของวัยรุ่นที่สำคัญ (Erol & Erdogen, 2008) และมีการคาดการณ์กันว่าภายในปี ค.ศ. 2030 บุหรี่จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีคนไทยเสียชีวิตสูงถึง 10 ล้านคนต่อปีทั่วโลก หรืออาจกล่าวได้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้คน 1 คนในทุก 10 คนเสียชีวิต (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543)

นอกจากบุหรี่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแล้ว บุหรี่ยังก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและสังคม จากการสำรวจของศูนย์กสิกรไทยในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ประมาณ 57,380 ล้านบาท ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณวันละ 14.6 บาทต่อคน รวมทั้งยังทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เป็นค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่ายา ค่าอุปกรณ์ต่าง เป็นต้น ค่าใช้จ่ายทางอ้อมซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเสียโอกาสอันเกิดจากความเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรเป็นเหตุให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การขาดรายได้ทั้งของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น (รัชนา สานติยานนท์และคณะ, 2550) รวมทั้งการสูญเสียที่ไม่สามารถคิดเป็นจำนวนเงินได้ เช่นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียกำลังคนที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตที่ลดลง เป็นต้น บุหรี่ยังได้ชื่อว่าเป็นทางผ่าน (gateway drug) ของการใช้สารเสพติดตัวอื่นๆด้วย เช่น เหล้า โคเคน และสารเสพติดอันตรายชนิดอื่นๆ (Everett, Malarcher, Sharp, Husten, & Giovino, 2000; Soldz & Cui, 2001) ที่สำคัญฤทธิ์ของบุหรี่ก่อให้เกิดการเสพติด (US. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1990) วัยรุ่นที่มีโอกาสทดลองสูบบุหรี่แม้เพียงครั้งหรือสองครั้งจะมีโอกาสกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่เลยถึงสองเท่าตัว (Chassin, Presson, Sherman, & Edwards, 1990) และถึงแม้ว่าวัยรุ่นเหล่านี้จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ก็พบว่ามีเพียงจำนวนเล็กน้อยเท่านั้นที่สามารถเลิกได้สำเร็จ (Colby, Tiffany, Shiffman, & Niaura, 2000; USDHHS, 1994) ยิ่งไปกว่านั้นวัยรุ่นที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่ามีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นผู้ที่

สูบประจำ (regular smokers) (Alvarado & Breslau, 2005) จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่า (Ellickson, McGuigan, & Klein, 2001) ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย และนวนอนันต์ ตันติเกตุ (2540) พบว่าวัยรุ่นไทยมากกว่า 90% ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่มีเพียง 15.3% เท่านั้นที่ประสบความสำเร็จ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความร้ายแรงและผลกระทบจากการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบมากมายแต่อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังคงสูงขึ้นดังได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ทั้งนี้เนื่องมาจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จำนวนมากทั้งจากตัววัยรุ่นเอง เช่น เพศ (Huang, Hollis, Polen, Lapidus, & Austin, 2005; Mowery, Farrelly, Haviland, Gable, & Wells, 2004) ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Ma et al., 2008; Sterling, Diamond, Mullen, Pallonen, Ford, & McAlister, 2007)ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (Herbert & Schiaffino, 2007; Zhang, Wang, Zhao, & Vartiainen, 2000) จากครอบครัว เช่นการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ (Frohlick, Potvin, Gauvin, & Chabot, 2002; Kristjansson, Sigfusdottir, James, Allegrante, & Helgason, 2009; ความอบอุ่นในครอบครัว (Kristjansson et al., 2009; Ledoux, Miller, Choquet, & Plant, 2002) จากสังคม เช่น การสูบบุหรี่ของเพื่อน (Chen, Huang, & Chao, 2009; Ma et al., 2008) ความรู้สึกผูกพันกับโรงเรียน (Jackson, 1998; Simons-Morton, 2002) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนผ่านไปตามลำดับขั้นของพัฒนาการของการสูบบุหรี่ (Kremers, Mudde, & De Vries, 2001) Mayhew, Flay และ Mott (2000) ได้สรุปลำดับขั้นพื้นฐานการสูบบุหรี่ออกเป็น 6 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการสูบบุหรี่ (precontemplation) ระยะเตรียมตัวที่จะสูบบุหรี่ (contemplation or preparation) ระยะทดลองสูบบุหรี่ (initiation or tried) ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส (experimentation) ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ (regular smoking) และระยะติดบุหรี่ (established smoking) ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงต่างๆจึงอาจทำหน้าที่หรือมีบทบาทไม่เหมือนกันเมื่ออยู่ในลำดับขั้นของการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน และย่อมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลด้วย (Flay, Ockene, & Tager, 1992) อย่างไรก็ตามข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบันช่วยทำให้เรามีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความซับซ้อนนี้เป็นอย่างมาก (Bowen, Dahl, Mann, & Peterson, 1991) นี่คือข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้การจัดทำโปรแกรมต่างๆเพื่อการแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ที่ผ่านมาขาดประสิทธิภาพ (Thomas, 2002; WHO, 1998) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆประมาณ 1-4 ปีเท่านั้น (Lantz et al., 2000) หรือไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆเลย (Aveyard et al., 1999) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้โปรแกรมชนิดเดียวกัน (universal program) สำหรับเด็กทุกคน โดยมีได้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเลย โปรแกรมป้องกันที่มีประสิทธิภาพจึงควรพัฒนาจากความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆตามพัฒนาการของการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะ (Van Den Bree, Whitmer, & Pickworth, 2004)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นน้อยมากและงานวิจัยบางส่วนไม่ได้นำแนวคิดทฤษฎีใดๆมาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ที่สำคัญคือมีเพียงการศึกษาของ พรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin, Srisuphan, Pohl, Tiansawad & Patumanond, 2006) เท่านั้นที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับลำดับขั้นหรือระยะของการสูบบุหรี่ โดยศึกษาในเด็กวัยรุ่นไทยที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสายสามัญศึกษาช่วงชั้นที่ 3 (มัธยมศึกษาปีที่ 1-3) ในสถาบันการศึกษาของรัฐบาล อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะการสูบบุหรี่ในระยะต้นเท่านั้น (ระยะมันใจว่าจะไม่สูบบุหรี่ ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ระยะทดลองสูบบุหรี่และระยะสูบบุหรี่ตาม โอกาส) ผลการศึกษาพบว่าในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน กล่าวคือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ได้แก่ การคาดการณ้อัตรการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ และการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะทดลองสูบบุหรี่ ได้แก่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะสูบบุหรี่ตาม โอกาส ได้แก่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และการ ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่จากระยะลังเลใจไปสู่ระยะทดลองสูบบุหรี่ ขณะที่การสูบบุหรี่ของเพื่อน และทศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากระยะทดลองสูบบุหรี่ไปสู่ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส ความรู้ต่างๆในปัจจุบันเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจึงมาจากการศึกษาของประเทศในแถบตะวันตกแทบทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาจำนวนมาก (เช่น Ellickson et al., 2001; Sneed, Morisky, Rotheram-Borus, Ebin, & Malotte, 2001; Tyas & Pederson, 1998) ยืนยันว่าเชื้อชาติและการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันสูง ความรู้ดังกล่าวจึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับเด็กวัยรุ่นไทยซึ่งมีพื้นฐานและวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกัน และถึงแม้งานวิจัยเกือบทั้งหมดดังกล่าวที่มีการศึกษาในประเทศแถบตะวันตก การศึกษาที่มุ่งเน้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในแต่ละลำดับขั้นของพัฒนาการของการสูบบุหรี่ก็ยังคงมีน้อยมาก และผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ White, Pandida และ Chen (2002) พบว่าบุคคลต้นแบบในสังคม เช่น เพื่อนสูบบุหรี่ พ่อแม่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะต้นๆของเด็กผู้ชาย ในขณะที่ผลการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่นๆ (Flay, Hu, & Richardson, 1998; Lloyd-Richardson, Papandonatos, Kazura, Stanton, & Niaura, 2002; Pierce, Choi, Gilpin, Farkas, & Merritt, 1996) กลับพบว่าบุคคลต้นแบบในสังคมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นสูบบุหรี่สูงมาก การศึกษาของ Botvin, Baker, Botvin, Dusenbury, Cardwell และ Diaz (1993) พบว่าการคาดการณ้อัตรการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะสูบบตาม โอกาสและการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน Flay และคณะ (1998) พบว่าการคาดการณ้อ

การสูบบุหรี่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในระยะเวลาสูบบางครั้งและสูบประจำได้ ในขณะที่การศึกษาของ Robinson, Klesges, Zbikowski และ Glaser (1997) พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของการสูบบุหรี่เลย จากตัวอย่างเหล่านี้ย่อมแสดงให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังมีไม่เพียงพอ (Fergusson & Horwood, 1995; Mayhew et al., 2000; Prokhorov, De Moor, Hudmon, Hu, Kelder, & Gritz, 2002) งานวิจัยพื้นฐานเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนตามภาคต่างๆ ของประเทศอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษาปีล่าสุด พ.ศ. 2550 พบว่าเกือบทุกภูมิภาคได้แก่ ภาคอีสาน ภาคใต้ ภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรในภาคกลางซึ่งรวมจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยนั้น พบว่าประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงมีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงเป็นอันดับสองรองจากภาคใต้เพียงภาคเดียวเท่านั้น และพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันและอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำในประชากรหญิงสูงเป็นอันดับสองรองจากภาคเหนือ (ศจย., 2551) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือถือว่าเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษากการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับระยะการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นแต่ละคน เพื่อแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญให้ลดลง ทำให้วัยรุ่นเหล่านี้มีสุขภาพที่สมบูรณ์และเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าอันจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยพัฒนาสังคมไทยให้มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย

- 1) สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร
- 2) วัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลำดับขั้นการสูบบุหรี่เป็นอย่างไร
- 3) ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2) เพื่อศึกษาลำดับขั้นการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ทำการศึกษาในเยาวชนไทยทั้งหญิงและชายที่กำลังศึกษาในช่วงชั้นที่ 4 (มัธยมศึกษาปีที่ 4-6) และระดับประกาศนียบัตร (ปวช) ในสถานศึกษาทั้งสังกัดของรัฐบาลและเอกชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทยปีการศึกษา พ.ศ. 2551 โดยไม่รวมเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน** หมายถึง ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เป็นเกรดเฉลี่ยครั้งล่าสุดที่ได้รับ  
**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความคิดเห็นรวบยอดที่มีต่อตนเองทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงเป็นบุคคลที่มีความนับถือตนเองและรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นบุคคลที่ขาดความนับถือในตนเองและรับรู้ว่าตนเองด้อยคุณค่า (Rosenberg, 1979) วัดโดยแบบทดสอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (the global self-esteem questionnaire) ที่แปลโดยพรนภา หอมสินธุ์ (Homsin et al., 2006)

**ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่** หมายถึง การประเมินระดับความคิดเห็นของตนเองว่าชอบ ไม่ชอบ หรือเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ต่อการสูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของเวปเบอร์ (Weber, 1992) ที่เชื่อว่าทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive dimension) ด้านความรู้สึก (affective dimension) และด้านการปฏิบัติ (behavioral dimension)

**สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว** หมายถึง การรับรู้ถึงสภาพการเงินของครอบครัว โดยรวมแบ่งเป็น ไม่มีเงินเหลือเก็บ และมีเงินเหลือเก็บ

**การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท** หมายถึง การมีหรือไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่

**การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่** หมายถึง การมีประสบการณ์เคยถูกหรือไม่ถูกเพื่อนพุดโน้มน้าวให้สูบบุหรี่

**การคาดการณ่การสูบบุหรี่** หมายถึง การคาดคิดเกี่ยวกับสัดส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มคนในวัยเดียวกับตน ซึ่งวัดโดยข้อคำถามจากการศึกษาของ Flay, Hu และ Richardson (1998)

**การสูบบุหรี่ของพ่อแม่** หมายถึง การมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อและแม่

**การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่** หมายถึง การคาดคิดถึงปฏิกิริยาหรือการแสดงออกที่ต่อต้านหรือสนับสนุนของพ่อแม่ที่มีต่อการสูบบุหรี่ซึ่งวัดโดยข้อคำถามจากการศึกษาของ Flay, Hu, Siddiqui, Day, Hedeker และ Petratis (1994) แบ่งเป็น ไม่ยอมรับและยอมรับได้



**ความผูกพันกับพ่อแม่** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่มีต่อพ่อแม่ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วม และการยอมรับนับถือ วัดโดยแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006)

**ความผูกพันกับโรงเรียน** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่มีต่อโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ความใส่ใจกระตือรือร้น การยอมรับนับถือ ความรู้สึกมั่นคง และการมีส่วนร่วม วัดโดยแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006)

**ลำดับขั้นการสูบบุหรี่** หมายถึง ระยะเวลาต่างๆของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วัดโดยข้อคำถามที่คัดแปลงจากแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พัฒนามาจากการศึกษาที่ผ่านมา (Mayhew et., 2000; Pierce, Farkas, Evans, & Gilpin, 1995) แบ่งออกได้เป็น 6 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบ (Non-susceptible precontemplation stage) เป็นระยะที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ และแน่ใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แน่นอนถึงแม้จะถูกเพื่อนสนิทชักชวนให้สูบ

ระยะที่ 2 ระยะลังเลใจที่จะสูบ (Susceptible precontemplation stage) เป็นระยะที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่เลย แต่อาจสูบบุหรี่ได้ในอนาคต

ระยะที่ 3 ระยะทดลองสูบ (Initiation or tried stage) เป็นระยะของการเริ่มทดลองสูบบุหรี่โดยสูบบุหรี่เพียง 1-4 มวนเท่านั้นในชีวิต

ระยะที่ 4 ระยะสูบทตามโอกาส (Experimentation stage) เป็นระยะที่มีการสูบบุหรี่แต่ไม่สม่ำเสมอ เป็นการสูบบางครั้งตามโอกาสต่างๆ เท่านั้น เช่น เมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อน เมื่อไปงานเลี้ยง หรือเมื่อไปเที่ยว รวมทั้งการเคยสูบบุหรี่ประมาณ 5-100 มวนเท่านั้นในชีวิตและไม่ได้สูบบ่อยอีกเลยในปัจจุบัน

ระยะที่ 5 ระยะสูบประจำ (Regular smoking stage) เป็นระยะที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยที่สุดสัปดาห์ละครั้ง

ระยะที่ 6 ระยะติดบุหรี่ (Established smoking stage) เป็นระยะสุดท้ายของการสูบบุหรี่ โดยมีการสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ได้เรียบเรียงเนื้อหาซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวคิดเกี่ยวกับเยาวชน สารพิษในบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง และลำดับขั้นการสูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

#### แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

วัยรุ่น (adolescence) หมายถึง การก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ (to grow into adulthood) ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ 3 ลักษณะ คือ เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยมีการเจริญเติบโตในด้าน ส่วนสูง น้ำหนัก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นระยะที่มีพัฒนาการด้านจิตใจจากเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ (maturity) มีการเพิ่มความสามารถทางความคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น และเป็นระยะที่มีพัฒนาการทางด้านสังคม โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง (independence) และได้มีการกำหนดให้คำว่าวัยรุ่น (adolescent) หมายถึง ประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุ 10-19 นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงคำว่าเยาวชนวัย (young people) ให้หมายถึงประชากรที่มีอายุระหว่าง 10-24 ปี และเยาวชน (youth) หมายถึงประชากรช่วงอายุ 15-24 ปี จะเห็นได้ว่าในแต่ละวัยดังกล่าวมีช่วงอายุที่ซ้อนกันอยู่ ดังนั้นคำว่าวัยรุ่น เยาว์วัยและเยาวชนจึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้

เมื่อกล่าวถึงวัยรุ่น คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา หรืออาจนึกถึงเด็กที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แต่การตัดสินใจบุคคลใดอยู่ในวัยเด็ก วัยรุ่นหรือเป็นผู้ใหญ่แล้ว เป็นการตัดสินใจที่ยาก การแบ่งช่วงอายุไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัว แต่แตกต่างกันไปตามสังคม วัฒนธรรม และระดับเศรษฐกิจของวัยรุ่นแต่ละคน อาทิเช่นวัยรุ่นที่บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่ำ ต้องออกจากโรงเรียนตั้งแต่อายุยังน้อยและมาประกอบอาชีพ อาจจะมีช่วงเวลาของการเป็นวัยรุ่นที่สั้น ต่างจากผู้ที่กำลังศึกษาจะมีช่วงชีวิตของการเป็นวัยรุ่นที่ยาวนานกว่า ช่วงชีวิตของการเป็นวัยรุ่นนี้จึงอาจเริ่มต้นที่อายุ ประมาณ 10-13 ปี และสิ้นสุดเมื่อ

อายุประมาณ 18-22 ปี ซึ่งเป็นเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายสมบูรณ์เต็มที่และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย (Santrock, 2005)

เนื่องจากเกณฑ์ที่ใช้มีความหลากหลายไม่ชัดเจนดังกล่าว จึงได้มีความพยายามในการแยกช่วงวัยเด็กออกจากช่วงวัยรุ่นและการสิ้นสุดช่วงวัยรุ่น ไว้เป็นแนวทางดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการเป็นวัยรุ่น

การเปลี่ยนแปลง	เริ่มต้น	สิ้นสุด
ด้านร่างกาย	ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนเพศเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายปรากฏให้เห็น เช่น มีหนวด มีเคราในเพศชาย ทรวงอกโตขึ้นในเพศหญิง เป็นต้น	มีการเจริญเติบโตเต็มที่จนสามารถสืบพันธุ์ได้
ด้านอารมณ์	เริ่มมีความรู้สึกอยากแยกออกจากพ่อแม่ หรือครอบครัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการมีอิสระ	มีความเป็นตัวของตัวเอง
ด้านความคิด	มีความเป็นเหตุเป็นผลในการคิดและแก้ไขปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบมากขึ้น	มีความคิดเป็นเหตุเป็นผลสูง
ด้านสัมพันธภาพ	เริ่มเปลี่ยนจากการมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับพ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวมาสู่สัมพันธภาพใกล้ชิดกับเพื่อน	สัมพันธภาพแนบแน่นกับเพื่อน
ด้านสังคม	เข้าสู่กระบวนการฝึกฝนในบทบาทการทำงานแบบผู้ใหญ่ บทบาทในครอบครัวและการเป็นพลเมืองที่ดี	มีความพร้อมที่จะแสดงบทบาทผู้ใหญ่ รวมทั้งการเข้าสู่บทบาทใหม่ เช่นการทำงาน การแต่งงาน และรู้จักสิทธิของตนเอง
ด้านการศึกษา	เข้าสู่การเรียนระดับมัธยมศึกษา	จบการศึกษา
ด้านเวลา	เข้าสู่ช่วงอายุของวัยรุ่นตามที่กำหนดไว้ (เช่น อายุ 13 ปี)	เข้าสู่ช่วงอายุของผู้ใหญ่ตามที่กำหนดไว้ (เช่น อายุ 20 ปี)
ด้านประเพณีวัฒนธรรม	เข้าสู่ขั้นตอนหรือพิธีกรรมตามความเชื่อของสังคมเพื่อการก้าวผ่านจากวัยเด็กสู่วัยรุ่น	ได้ก้าวผ่านพ้นการเป็นวัยรุ่นอย่างสมบูรณ์เพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ตามขั้นตอนหรือพิธีกรรมตามความเชื่อของสังคม

ที่มา: Steinberg, L. (1996). Adolescence (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Mc GrawHill.

เนื่องจากช่วงวัยรุ่น เป็นช่วงเวลาสั้นๆแต่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากมายเพื่อเปลี่ยนผ่านจากเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม ถือได้ว่าเป็นวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต วัยนี้จึงเป็นวัยที่ต้องประสบความสับสนและยุ่งยากซึ่งต้องการการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อช่วยให้เข้าใจในการมองเห็นปัญหาและให้การช่วยเหลือวัยรุ่นได้เหมาะสมขึ้นจึงอาจแบ่งกลุ่มของวัยรุ่นออกได้เป็น 3 ช่วงตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) (สุชา จันทร์อม, 2542; ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545; Steinberg, 1996; Santrock, 2005 )

1. ช่วงวัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) จะอยู่ในช่วงอายุ 11-14 ปี เป็นช่วงแรกเริ่ม วัยนี้ยังมีพฤติกรรมค่อนข้างเป็นเด็ก ลักษณะที่เด่นในช่วงนี้ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้มีความซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง การเจริญเติบโตทางร่างกายจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางร่างกาย ทำให้เด็กพยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในวัยนี้มีมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองที่พุ่งความสนใจไปที่ลักษณะทางร่างกายของตนและการยอมรับลักษณะทางกายของตนจากคนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังเป็นช่วงที่มีโอกาสคล้อยตามกลุ่มเพื่อนได้มาก เนื่องจากต้องการทำให้เหมือนคนอื่น ๆ จะได้ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ดังนั้นการถูกเพื่อนมองว่าต่างจากกลุ่มจึงมีผลต่อความรู้สึกของเด็กมาก

2. ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อยู่ในช่วงอายุ 15-17 ปี จะมีพฤติกรรมก้าวกระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ การเจริญเติบโตทางกายในช่วงนี้ยังมีอยู่ แต่ไม่โดดเด่นเช่นช่วงวัยรุ่นตอนต้น ลักษณะที่เด่นในช่วงนี้จะเกิดทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย ช่วงนี้วัยรุ่นเริ่มมีการปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มากขึ้น ได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ผู้อื่น และเพื่อน พัฒนาการในช่วงนี้ พบว่าวัยรุ่นจะพยายามค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ค้นหาความต้องการของตนเองว่าต้องการเป็นอะไรในอนาคต โดยอาจมีการเรียนรู้จากสิ่งที่ตนเองคิด ซึ่งอาจมีทั้งถูกและผิด มีความคิดใฝ่หาอุดมการณ์ ในช่วงนี้ผู้ปกครองอาจวิตกกังวลสูงเนื่องจากพบว่าวัยรุ่นมีการลองผิดลองถูกอยู่ตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงความคิดบ่อยครั้งในช่วงเวลาสั้นๆ ไม่ค่อยเชื่อฟังพ่อแม่เหมือนช่วงที่เป็นเด็กเล็ก สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เริ่มห่างเหินมากขึ้น บางรายอาจถึงขั้นมีความขัดแย้ง วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับเพื่อนและสังคมนอกบ้านมากขึ้น ความคิดแบบมีเหตุมีผลและการตีความ การวิเคราะห์สิ่งที่เป็นนามธรรมจะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุ 18-21 ปี วัยรุ่นในช่วงนี้จะมีพฤติกรรมค่อนข้างเป็นไปในแบบผู้ใหญ่ ในช่วงนี้จะมีพัฒนาการด้านต่างๆ ที่มีลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น การพัฒนาทางร่างกายเกือบถึงขีดสูงสุด การเจริญเติบโตทางกายในช่วงนี้ยังคงมีอยู่แต่เกือบจะคงที่ รูปร่างจะมีลักษณะเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ระบบสืบพันธุ์มีการเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่พร้อมที่จะมีบุตรได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในระยะนี้มักมีการพัฒนาทางด้านจิตใจมากกว่า

ร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและปรัชญาชีวิต วัยรุ่นต้องการความมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง มีการเลือกหรือตัดสินใจในสิ่งที่ตนเองต้องการ เช่น การเลือกประกอบอาชีพตามความต้องการของตนเอง นอกจากนั้นในวัยนี้ยังสนใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้นเพื่อต้องการเป็นที่ดึงดูดใจเพศตรงข้าม เนื่องจากในช่วงนี้เป็นช่วงที่พร้อมที่จะมีครอบครัว ต้องการมีความรัก มีสัมพันธ์ภาพแบบหนุ่มสาวกับเพศตรงข้าม เป็นต้น

จากลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของวัยรุ่นเองที่ต้องการทดลองหรือมีพฤติกรรมที่ทำทายเป็นรวมทั้งค่านิยมภายในกลุ่มที่ต้องการการยอมรับในฐานะสมาชิกของกลุ่ม จึงทำให้วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การทดลองสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีได้ตระหนักถึงผลกระทบหรืออันตรายต่างๆ ที่จะตามมาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

### สารพิษในบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเผาไหม้และควันบุหรี่ ควันบุหรี่ยังกล่าวมีสารเคมีเป็นส่วนประกอบถึงกว่า 4,000 ชนิดและมากกว่า 100 ชนิดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆต่อผู้สูบ (กรองจิต วาทีสาชกิจ, 2549; เกรือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย, 2550; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550; สุรเกียรติ อชานุภาพ, 2551)

#### สารพิษในบุหรี่

สารพิษที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในบุหรี่ยังมีดังต่อไปนี้

นิโคติน (Nicotine) นิโคตินเป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันและไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากนิโคตินออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง ทำให้ผู้สูบมีความรู้สึกเป็นสุข สบายใจ และเสพติดในที่สุด นอกจากนี้นิโคตินยังไปจับที่ปอดและบางส่วนของหลอดเลือดจะไปส่งผลกระทบต่อสาร อีพิเนฟริน (epinephrine) ที่ต่อมหมวกไตทำให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายหลายประการ เช่น ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นแรงเร็วและไม่เป็นจังหวะ เส้นเลือดแดงหดตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบตัว เกิดลิ้มเลือด/เกร็ดเลือด ผนังด้านในหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เป็นต้น

ทาร์ (Tar) ทาร์มีลักษณะเป็นคราบน้ำมันข้นเหนียว คล้ายน้ำมันดิน ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ มวนกระดาษและส่วนประกอบอื่นๆในบุหรี่ ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิด ประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ หอบเหนื่อยง่าย รวมทั้งก่อให้เกิดการทำลายถุงลมปอดและก่อให้เกิดมะเร็งได้

คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ไบโอบิวที่ไม้สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซนี้ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ซึ่งสามารถถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วและมีความสามารถในการแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยทำให้เลือดสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ การได้รับก๊าซนี้ในปริมาณมากจึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการขาดออกซิเจน ได้แก่อาการมึนงง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก เป็นต้น

ไฮโดรเจนไดออกไซด์ (Hydrogen dioxide) ไฮโดรเจนไดออกไซด์เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้นซึ่งทำหน้าที่ดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ผลของการได้รับก๊าซนี้จะทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) ไนโตรเจนไดออกไซด์เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง การทำงานของปอดลดลง ซึ่งส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง

แอมโมเนีย (Ammonia) แอมโมเนียเป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดอาการแสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ มีเสมหะมาก

นอกจากสารต่างๆดังกล่าวแล้ว บุหรี่ยังมีสารเคมีชนิดอื่นๆ เช่น ไซยาไนด์ (cyanide) ไทโอไซยาเนท (thiocyanate) สารปรุ้งแต่งต่างๆเช่น โกลี เมนทอล รวมทั้งสารกัมมันตรังสีเป็นต้น สารประกอบต่างๆเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดอันตรายและโรคต่อผู้สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) โรค COPD เป็นโรคที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมถูกทำลายทีละน้อยๆ ทำให้ถุงลมขนาดเล็กๆหลายอันรวมตัวเป็นถุงลมที่โป่งพองหมดสมรรถภาพ จำนวนพื้นผิวของถุงลมที่ทำหน้าที่ได้มีจำนวนลดน้อยลง ออกซิเจนที่เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อไปเลี้ยงร่างกายจึงน้อยลง ทำให้ต้องหายใจเร็วขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ ในระยะท้ายๆของโรคนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมาน หอบเหนื่อยง่ายแม้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย และต้องได้รับออกซิเจนไปตลอดชีวิต

โรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ (Cancer) สารประกอบในบุหรี่ยังมีสารที่ก่อมะเร็งหลายชนิด โดยร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จัดเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 50 เท่า นอกจากนี้บุหรี่ยังก่อให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ ด้วย เช่นมะเร็งช่องปาก มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งปาก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ

และไตเป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าในภาพรวมประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งต่างๆที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุ 30-40 ปี สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดเส้นเลือดแข็ง ผนังเส้นเลือดหนา เกร็ดเลือดจับตัว เส้นเลือดหัวใจหดตัว ผลคือเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการจุกเสียด เจ็บหน้าอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาออกกำลังกายทำให้ในที่สุดหัวใจอาจขาดออกซิเจนเกิดภาวะหัวใจขาดตายเฉียบพลันได้

โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (Peptic ulcer) สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดการเสียดสมดุลระหว่างปริมาณกรดที่หลั่งกับความต้านทานต่อกรดลดลงจึงทำให้เกิดแผลที่เยื่อกระเพาะอาหารหรือที่เยื่อบุลำไส้เล็กส่วนต้นขึ้นได้ คนที่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่และคนที่สูบบุหรี่เมื่อมีแผลในกระเพาะอาหาร แผลจะหายช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

นอกจากโรคดังกล่าวข้างต้นแล้ว สารพิษในบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆในเกือบทุกระบบของร่างกาย เช่น โรคกระดูกพรุน ข้ออักเสบและรูมาตอยด์ โรคตาต้อกระจก จอตาเสื่อม ปรีทนต์ แผลในปาก วัณโรคในโพรงจมูก สมองพิการทางเพศเสื่อมและเป็นหมัน การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ การทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยหรือเสียชีวิต บุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ฟันเหลือง เล็บเหลือง มีกลิ่นปาก ริมฝีปากคล้ำและมีกลิ่นปาก ผิวหนังเหี่ยวช่นแก่กว่าวัยอีกด้วย

## ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

### ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI)

ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และจิตวิทยาที่ผ่านมาในอดีตพยายามที่จะอธิบายเหตุผลของการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติดอื่นๆ ในเยาวชนหรือวัยรุ่น (Petraitis, Flay, & Milker, 1995) แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีดังกล่าวไม่ได้อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในเยาวชน ivo อย่างชัดเจน (Tyas & Pederson, 1998) Flay และ Petraitis (1993) จึงพัฒนาทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) ขึ้นภายใต้การศึกษาในบริบทของการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ในวัยรุ่น มโนคติหลักของทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ

และได้รับการยอมรับ เช่น ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ที่เชื่อว่าการตัดสินใจและความตั้งใจจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Ajzen & Fishbein, 1998) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ที่เน้นความสำคัญของความเชื่อและทัศนคติ (Janz & Becker, 1984) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (The Social Cognitive Theory) ที่เชื่อว่าสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยการเลียนแบบบุคคลใกล้เคียง เช่น เพื่อนสนิท พ่อแม่ (Bandura, 1986) เป็นต้น

ทฤษฎีอิทธิพลสามทางเชื่อว่าพฤติกรรมของเยาวชนเป็นผลมาจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) อิทธิพลจากภายในตัวบุคคล (intrapersonal influences) (2) อิทธิพลจากทัศนคติความเชื่อ (attitudinal influences) และ (3) อิทธิพลระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (interpersonal/ social influences) (Flay, 1999; Flay & Petraitis, 1994; Petraitis et al., 1995)

อิทธิพลจากปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal influences) เป็นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์และลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคลซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประการ ได้แก่ (1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (behavioral control) เช่น การมีบุคลิกก้าวร้าว กระตือรือร้น เกียจคร้าน (2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (emotional control) ได้แก่ การตัดสินใจ อารมณ์ความรู้สึกเมื่อมีสิ่งกระทบ (3) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น (extraversion/ introversion) เช่น การมีกิจกรรมทางสังคม การยืนยันตามความคิดความเชื่อของตน (4) ความสามารถทางสังคม (sociability) เช่น การสร้างมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การยินยอมทำตามผู้อื่น และ (5) ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (intelligence)

อิทธิพลด้านทัศนคติความเชื่อ (attitudinal influences) เป็นอิทธิพลที่เกิดจากสภาพทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล เช่น สื่อ หรือข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ ความเชื่อ ค่านิยมในสังคม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ได้หล่อหลอมความนึกคิดหรือให้คุณค่าต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดของบุคคล เช่น การชื่นชมความสนุกสนานโดยไม่มีเป้าหมายในชีวิต การไม่ให้ความสำคัญกับความสำเร็จ การเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

สำหรับอิทธิพลระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (interpersonal/ social influences) เป็นอิทธิพลที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการสังเกตและการเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ ค่านิยมของพ่อแม่ การเป็นแบบอย่างของครูและเพื่อนสนิท เป็นต้น

อิทธิพลทั้ง 3 ประการดังกล่าวจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมของบุคคล และการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวมิได้เกิดจากอิทธิพลเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกันอย่างเป็นพลวัต (dynamic) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปมาอยู่ตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าทฤษฎีอิทธิพลสามทางพยายามที่จะอธิบายให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นนั้นเป็น



เรื่องที่มีความสลับซับซ้อนมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ทักษะ และปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในระดับที่แตกต่างกันตั้งแต่ส่งผลได้มากหรือ โดยตรงสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน (proximal influences) ส่งผลได้ปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมได้โดยอ้อม (distal influences) และส่งผลได้น้อย หรือมีอิทธิพลอยู่รอบๆ ในระยะห่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้มากนัก(ultimate influences)

### ลำดับขั้นการสูบบุหรี่ (Stages of smoking)

การสูบบุหรี่เป็นกระบวนการ (process) ที่มีความซับซ้อนผ่านลำดับขั้น (stages) ต่างๆ (Leventhal & Cleary, 1980) ในปัจจุบันถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าพฤติกรรมสูบบุหรี่มีการพัฒนาไปตามลำดับขั้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับลำดับขั้นการสูบบุหรี่ดังกล่าว การให้คำนิยามขั้นหรือระยะต่างๆของการสูบบุหรี่จึงมีความหลากหลาย บางการศึกษาได้แบ่งลำดับขั้นการสูบบุหรี่โดยใช้ความถี่ของการสูบ (Biglan, Duncan, Ary, & Smolkowski, 1995; Chassin, Presson, Rose, & Sherman, 1996; Covey & Tam, 1990) ใช้ปริมาณที่สูบ (Choi, Pierce, Gilpin, Farkas, & Berry, 1997; Shiffman, Kassel, Paty, Gnys, & Zettle-Segal, 1994; H. K. Winefield, A. H. Winefield, & Tiggemann, 1992) และมีการศึกษาบางส่วน (Elder, De Moor, Young, Wildey, Molgaard, & Golbeck, 1990; Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov, & Smith, 1998; Werch & DiClemente, 1994) ที่นำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดเกี่ยวกับลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (the stages of change construct: SCC) ในทฤษฎีแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (transtheoretical model) (Prochaska & DiClemente, 1983) ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เลิกสูบบุหรี่ (Elder et al., 1990) ทำให้มีการใช้คำใหม่ๆ เพื่อแบ่งระยะการสูบบุหรี่เกิดขึ้น เช่น การทดลองสูบบุหรี่ การเริ่มต้นสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน การสูบประจำ เป็นต้น อย่างไรก็ตามคำเหล่านี้มีการให้คำนิยามไว้แตกต่างกันในการศึกษาต่างๆ จนกระทั่งเมื่อไม่นานมานี้ Mayhew และคณะ (2000) ได้สรุปลำดับขั้นพื้นฐานของการสูบบุหรี่จากการศึกษาที่ผ่านมาในอดีต (Flay, 1993; Flay, d' Avenas, Best, Kersell, & Ryan, 1983; Leventhal & Cleary, 1980; Stern, Prochaska & Velicer, 1987) ไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะไม่คิดที่จะสูบ (Precontemplation stage) เป็นระยะที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เคยคิดที่จะสูบ ไม่เคยตระหนักถึงผลดีของการสูบบุหรี่เลย จึงไม่มีความปรารถนาที่จะเริ่มต้นสูบบุหรี่ในอนาคต

ขั้นที่ 2 ระยะคิดที่จะสูบหรือเตรียมตัวที่จะสูบ (Contemplation or preparatory stage) เป็นระยะที่เริ่มคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เริ่มมีทัศนคติและความเชื่อถึงประโยชน์จากการสูบบุหรี่ เช่น

การแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ ความเป็นอิสระ ช่วยผ่อนคลายความเครียด การได้รับการยอมรับจากเพื่อน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ระยะเริ่มต้นสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ (Initiation or tried stage) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อได้เริ่มสูบบุหรี่ เพียงไม่กี่มวนเป็นครั้งแรกในชีวิต

ขั้นที่ 4 ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส (Experimentation stage) เป็นการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นตามโอกาสต่างๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ ในระยะนี้จะมีมุมมองเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเชิงลบ อย่างไรก็ตามในระยะนี้ยังไม่ได้ตัดสินใจแน่นอนว่าจะสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคตหรือไม่

ขั้นที่ 5 ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ (Regular smoking stage) ในระยะนี้มีการสูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

ขั้นที่ 6 ระยะติดบุหรี่ (Established smoking stage) เป็นระยะสุดท้ายของการสูบบุหรี่ มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่หากไม่ได้สูบจะมีอาการไม่สบาย หงุดหงิด (withdrawal symptoms) ดังนั้นจึงมีการสูบบุหรี่เกือบทุกวันหรือทุกวัน และเป็นการยากที่จะเลิกสูบบุหรี่

โดยส่วนใหญ่แล้วบุคคลจะมีพัฒนาการของการสูบบุหรี่เป็นไปตามลำดับขั้นจากระยะที่ 1 ไประยะที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามในบางกรณีบุคคลอาจอยู่ที่ระยะเดิมตลอดไป โดยมิได้พัฒนาไปยังระยะถัดไป หรือบางกรณีอาจจะมีลักษณะของการย้อนกลับ ไปสู่ระยะก่อนก็ได้ (Pallonen et al., 1998; Wang, Fitzhugh, Eddy, Fu, & Turner, 1997) จากการศึกษาในระยะต่อมาของ Pierce และคณะ (1995) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแบ่งลำดับขั้นของการสูบบุหรี่ โดยได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “ความไวรับหรือความเสี่ยง” (susceptibility) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจ (intention) และความคาดหวัง (expectation) โดยกล่าวว่า การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากความคิดอย่างตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ เด็กบางคนที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่อาจจะสูบบุหรี่ก็ได้หากอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกเพื่อนชวนให้สูบ ดังนั้นเด็กส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในระยะไม่คิดที่จะสูบบุหรี่จึงอาจไม่ได้เหมือนกันทั้งหมด ในระยะไม่คิดที่จะสูบบุหรี่นี้จึงรวมกลุ่มที่มี “ความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่” (susceptibility to smoking) ไว้อยู่ด้วย ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่ไม่มีความมั่นใจหรือให้คำมั่นสัญญาได้ว่าจะไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอนในระยะเวลาอันใกล้ภายในหนึ่งปีข้างหน้าหรือเมื่อถูกเพื่อนสนิทชักชวนให้สูบ

ผลการศึกษาในเวลาต่อมาหลายเรื่อง ( Jackson, 1998; Prokhorov et al., 2002; Unger, Johnson, Stoddard, Nezami, & Chou, 1997) ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า “ความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่” เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเริ่มต้นสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ข้อค้นพบดังกล่าวทำให้สามารถแบ่งระยะแรกสุดของการสูบบุหรี่ (ระยะไม่คิดที่จะสูบบุหรี่) ให้ละเอียดยิ่งขึ้นออกไปอีกเป็น 2 ระยะ คือระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่และระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ลำดับขั้นการพัฒนาการของการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่เป็นไปได้จึงประกอบด้วย 7 ระยะคือ (1) ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ (2) ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ (3) ระยะเตรียมตัวที่จะสูบบุหรี่ (4) ระยะทดลองสูบบุหรี่ (5) ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส (6)

ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ และ (7)ระยะติดบุหรี่ การแบ่งระยะการสูบบุหรี่โดยละเอียดนี้จะช่วยให้สามารถป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่ในระยะแรกและสามารถช่วยเหลือป้องกันมิให้เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีการพัฒนาเข้าสู่ระยะการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

#### เพศ

เพศชายและเพศหญิงย่อมมีความแตกต่างกันตามธรรมชาติในด้านร่างกาย ความคิด ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ เพศชายจะมีลักษณะเป็นผู้นำ กล้าคิด กล้าเสี่ยงในสิ่งที่ทำพลาดังคมไทยเองก็ยอมรับและเปิดโอกาสให้เพศชายได้เรียนรู้และทำสิ่งต่างๆมากกว่าเพศหญิง (จรรยา เศรษฐบุตรและวรชัย ทองไทย, 2550) ความแตกต่างดังกล่าวย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Kristjansson และคณะ (2009) เมื่อไม่นานมานี้ในนักเรียนมัธยมศึกษาอายุ 14-15 ปี พบว่าเพศชายสามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ และการศึกษาของ Mowery และคณะ (2004) ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 11-14 ปี (the National Youth Tobacco Surveys: NYTS) พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ในระยะไม่มั่นใจ (open to smoking) ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สูบบุหรี่แต่ยังไม่ได้ตัดสินใจอย่างแน่นอนที่จะไม่สูบบุหรี่ในอนาคตอันใกล้ และพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะติดบุหรี่ (established smoking) ซึ่งหมายถึงมีการสูบบุหรี่มาไม่ต่ำกว่า 100 มวนในช่วงชีวิตและสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนใน 30 วันที่ผ่านมา

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าจากรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนไทย พ.ศ. 2534-2550 (ศจย, 2551) ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน (หมายถึง สูบเป็นประจำทุกวันและสูบเป็นครั้งคราว) อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ (หมายถึง สูบเป็นประจำทุกวัน สูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มวนขึ้นไปในช่วงอายุที่ผ่านมา) และอัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (หมายถึง สูบไม่ทุกวัน อาจเป็นการสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือมากกว่า 100 มวนขึ้นไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมา) สูงกว่าเพศหญิงมากกว่า 10 เท่าในแต่ละช่วงการสำรวจและในช่วง 1 ปี (2543-2550) จากการศึกษาของปรียาพร ชูเอียด และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ในนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาเขตภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีณญา เบญจกุลและคณะ (2550) การศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตรและวรชัย ทองไทย (2550) ที่พบว่าเพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางส่วน (Chen et al., 2009; Huang et al., 2005) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

### ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA)

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหรือเกรดเฉลี่ย (GPA) เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงระดับสติปัญญาของวัยรุ่นซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การตัดสินใจ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Flay & Petraitis, 1994) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยและการสูบบุหรี่ โดยวัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นที่เกรดเฉลี่ยต่ำ (Olds & Thombs, 2001; Shamsuddin & Abdul Haris, 2000; Soldz & Cui, 2001;) สำหรับในประเทศไทย ชู สุภวงค์ และคณะ (2540) ได้ทำการสำรวจข้อมูลในเยาวชนอายุ 15-17 ปี และ 20-24 ปี ทั้งประเทศและการศึกษาของบุศยา ณ ป้อมเพชร (2539) ในนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร ก็พบความสัมพันธ์ดังกล่าวเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ทดสอบความสัมพันธ์ของเกรดเฉลี่ยกับลำดับขั้นการสูบบุหรี่ อาทิเช่นการศึกษาของ Flay และคณะ (1998) ซึ่งแบ่งขั้นการสูบบุหรี่ออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ไม่สูบบุหรี่ (never users) เป็นกลุ่มที่ไม่เคยแม้แต่ทดลองสูบ (2) ทดลองสูบ (triers) เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่แต่สูบไม่เกิน 1 มวน (3) สูบบางครั้ง (experimenters) สูบมากกว่า 1 มวนแต่ไม่ได้สูบในสัปดาห์ที่ผ่านมา (4) สูบประจำ (regular users) สูบบุหรี่ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าเกรดเฉลี่ยสามารถทำนายการสูบบุหรี่ในระยะสูบบางครั้งและสูบประจำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dusenbury, Kerner, Baker, Botvin, James-Ortiz และ Zaubner (1992) ซึ่งแบ่งการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ไม่สูบบุหรี่ (nonsmokers) หมายถึงไม่เคยสูบบุหรี่เลย (2) สูบบางครั้ง (experimental smokers) หมายถึงสูบบุหรี่แต่ไม่ประจำทุกเดือน (3) สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smokers) หมายถึงสูบบุหรี่อย่างน้อยเดือนละครั้ง ก็พบว่านักเรียนที่ได้เกรด C และ D เป็นส่วนใหญ่เสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่และเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน สำหรับการศึกษาของ White และคณะ (2002) พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะสูบบุหรี่จัด (heavy smoking) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ (smoking initiation) การศึกษาของ Pederson, Koval, McGrady และ Tyas (1998) พบว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smokers) มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ex-smokers) กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่สูบบางครั้ง (experimenters) และกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (non-smokers) เป็นกลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยสูงที่สุด การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ในนักเรียนชายไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของไทย พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ทั้งในระยะทดลองสูบ (tried) ซึ่งหมายถึงการสูบไม่เกิน 4 มวน และระยะสูบบตามโอกาส (experimentation) ซึ่งหมายถึงการสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง หรือสูบบุหรี่

5-100 มวนเท่านั้นในชีวิตและไม่ได้สูบบุหรี่เลย จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน

### ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) เป็นการให้คุณค่าแก่ตนเองของบุคคล ผู้ที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าและความสามารถของตน (Weber, 1992) วัยรุ่นที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งรวมถึงการสูบบุหรี่ด้วย น้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Sneed et al., 2001) ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำมักมีโอกาสที่จะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม โดยเฉพาะจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัวและสื่อต่างๆ (Kawabata, Cross, Nishioka, & Shimai, 1999) Tyas และ Pederson (1998) ได้ทำการรวบรวมเอกสารจากการศึกษาต่างๆ และได้สรุปว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kawabata และคณะ ในนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาประเทศญี่ปุ่น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลำดับขั้นการสูบบุหรี่ โดย Pederson และคณะ (1998) พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากที่สุดในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่และลดลงต่ำสุดในกลุ่มที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Soldz และ Cui (2001) การศึกษาของ Jackson (1997) ในนักเรียน (4<sup>th</sup> -6<sup>th</sup> grade) จำนวน 1,652 คน พบว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่แล้ว 1-2 มวน (initiation) มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ (abstinence) แต่พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความแตกต่างกันระหว่างนักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่แล้วและนักเรียนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่มากกว่า 2 มวนขึ้นไป (experimentation) มีการศึกษาอื่นๆบางการศึกษาเช่นกันที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการสูบบุหรี่ (Karatzias, Power, & Swanson, 2001; Lewinsohn, Brown, Seeley, & Ramsey, 2000; Pederson, Koval, & O'Connor, 1997; Sneed et al, 2001) เช่นเดียวกับศึกษาในประเทศไทยโดยธานีรินทร์ สุทธิประเสริฐ (2543) และพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสูบบุหรี่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

### ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ตามนิยามโดยทั่วไปแล้ว ทัศนคติหมายถึงการประเมินหรือความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าดีหรือไม่ดี เป็นประโยชน์หรือไร้ประโยชน์ ชอบหรือไม่ชอบ (Azjan & Fishbein, 1998) ทัศนคติสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลได้สูง (Flay & Petraitis, 1994) ทัศนคติต่อการ

สูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Wang et al., 1997) มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยวัยรุ่นที่มีทัศนคติที่ติดต่อการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่สูง (Herbert & Schiaffino, 2007; Zhang et al., 2000) Sterling และคณะ (2007) ซึ่งทดสอบความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎี (model testing) ยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ต่อไป การศึกษาของประเทศไทยในนักเรียนชายอาชีวศึกษา (บุศยา ณ ป้อมเพชร, 2539) ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (นิตยา เพ็ญศิริณา, 2538) และในนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค (ชานินทร์ สุทธิประเสริฐ, 2543) ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และลำดับขั้นการสูบบุหรี่โดย Smith และ Stutts (1999) ซึ่งแบ่งระยะการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ผู้ไม่สูบบุหรี่ (nonsmokers) หมายถึงไม่เคยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว (2) ผู้เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (at-risk smokers) หมายถึงทดลองสูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ตามโอกาส และ (3) สูบประจำ (regular smokers) หมายถึงสูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่เป็นประจำมีความเชื่อในประโยชน์ของการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ Flay และคณะ (1998) พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในระยะสูบบางครั้ง (experiment use) และสูบประจำ (regular use) การศึกษาของ Robinson และคณะ (1997) ซึ่งแบ่งการสูบบุหรี่ออกเป็นไม่สูบบุหรี่ (nonsmokers) สูบตามโอกาส (experimental smokers) สูบประจำ (regular smokers) และเคยสูบบุหรี่ (ex-smokers) พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในแง่บวกที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเลื่อนระดับการสูบบจากระยะไม่สูบบุหรี่ไปสู่ระยะสูบบตามโอกาส และจากระยะสูบบตามโอกาสไปสู่ระยะสูบบเป็นประจำ ขณะที่การศึกษาของ พรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับทุกระยะของการสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางส่วนไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองดังกล่าว (Botvin, Epstein, Schinke, & Diaz., 1994; White et al., 2002) ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับทฤษฎีต่างๆที่อธิบายว่าทัศนคติของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ (Piko, 2001) การศึกษาให้ละเอียดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับระยะต่างๆของการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

#### สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ย่อมทำให้วัยรุ่นมีเงินสำหรับใช้จ่ายมาก การมีเงินทำให้วัยรุ่นสามารถซื้อบุหรี่มาสูบได้ (Tyas & Pederson, 1998) เงินสำหรับใช้จ่ายในวัยรุ่น

มักหมายถึงเงินที่พวกเขาหามาได้เองจากการทำงานหรือเงินที่ได้รับจากพ่อแม่ การศึกษาของ Hoving, Reubsæet และ de Vries (2007) ในวัยรุ่นจาก 6 ประเทศในแถบยุโรปพบว่าเงินสำหรับใช้จ่ายเป็นปัจจัยทำนายการสูบบุหรี่ทั้งในวัยรุ่นชายและหญิง การศึกษาอื่นๆอีกหลายการศึกษา (Oakley, Brannen, & Dodd, 1992; Thorlindsson & Vilhjalmsson, 1991) ก็พบว่าการมีเงินสำหรับใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย โดยนิตยา เพ็ญศิริรักษา (2538) พบว่าค่าใช้จ่ายต่อวันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติทิพย์ ยิ้มพลอย (2543) ในนักเรียนมัธยมศึกษาชาย การศึกษาของ พงศ์ศักดิ์ เผือกสม (2540) ในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย และการศึกษาของยุวลักษณ์ ชันอาสา (2541) ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีเงินใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการสูบบุหรี่ โดยจากการศึกษาของ Pederson และคณะ (1998) พบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีเงินสำหรับใช้จ่ายต่อสัปดาห์มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเคยสูบบุหรี่ กลุ่มที่สูบบางครั้งและไม่เคยสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามสำหรับผลการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าการมีเงินสำหรับใช้จ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของการสูบบุหรี่ในระยะแรกเลย

### การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท

การสูบบุหรี่ของเพื่อนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากที่สุด (Simons-Morton, Haynic, Crump, Eitel, & Saylor, 2001) การสูบบุหรี่เป็นแรงผลักดันทางอ้อมจากเพื่อน เพราะการสูบบุหรี่ของเพื่อนที่อยู่แวดล้อม โดยเฉพาะเพื่อนสนิททำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ได้สังเกตเห็นแบบอย่างและวิธีการสูบบุหรี่ ได้รับรู้ถึงค่านิยมที่ยอมรับการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อน จึงเป็นเรื่องที่ไม่น่าแปลกใจที่การเริ่มต้นสูบบุหรี่ของวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่ออยู่กับเพื่อนๆ การศึกษาจำนวนมากทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลที่ชัดเจนของการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ (บุษบา สงวนประสิทธิ์, ลักษณะ, เต็มศิริกุลชัย และ อรุณช พาชื่น, 2549; ปรียาพร ชูเอียด และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550; สุภาพร ทองศรี, 2543; Hoffman, Monge, Chov, & Valente, 2007; Huang et al., 2005; Ma et al., 2008; Tyas & Pedersons, 1998) และการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้โดย Kristjansson และคณะ (2010) ก็พบว่าการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ และการสูบบุหรี่ของเพื่อนมีความสัมพันธ์กับระยะต่างๆของการสูบบุหรี่ด้วย อาทิเช่น การศึกษาของ Flay และคณะ (1998) พบว่าการสูบบุหรี่ของเพื่อนสามารถทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายในระยะสูบบางครั้งและสูบประจำได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำนายการเลื่อนระยะการสูบจากระยะทดลองสูบบุหรี่ไปสู่อะยะสูบบางครั้งแต่ไม่สามารถทำนายการเลื่อนระยะการสูบจากสูบบางครั้งไปสู่สูบประจำได้ Lloyd-Richardson และ

คณะ (2002) ซึ่งได้จัดกลุ่มการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ไม่เคยสูบ (never smokers) ได้แก่ผู้ที่ไม่เคยสูบ แม้เพียง 1-2 อีก (2) ทดลองสูบ (experimental smokers) ได้แก่ผู้ที่เคยทดลองสูบ (3) สูบเป็นพักๆ (intermittent smokers) ได้แก่ผู้ที่ไม่ได้สูบทุกวันและไม่ได้สูบในเดือนที่ผ่านมา (4) สูบประจำ (regular smokers) ได้แก่ผู้ที่สูบทุกวันในเดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่สามารถทำนายการเลื่อนระยะการสูบบุหรี่จากระยะทดลองสูบเป็นสูบเป็น พักๆ และจากระยะสูบเป็นพักๆเป็นระยะสูบประจำ Wang และคณะ (1997) ทำการศึกษาใน เยาวชน โดยแบ่งระยะการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ไม่สูบบุหรี่ (nonsmokers) หมายถึงผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (2) มีประสบการณ์การสูบ (experimental smokers) หมายถึงสูบบุหรี่แต่ไม่เกิน 100 มวนในชีวิต และไม่ได้สูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (3) สูบประจำ (regular smokers) หมายถึงสูบบุหรี่อยู่ใน ปัจจุบัน ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาและสูบบุหรี่อย่างน้อยที่สุด 30 มวนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ผล การศึกษาพบว่าการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลื่อนระยะการสูบ บุหรี่จากไม่เคยสูบไปสู่ระยะมีประสบการณ์การสูบ และจากระยะมีประสบการณ์การสูบไปสู่ระยะ สูบประจำ Mowery และคณะ (2004) พบว่าวัยรุ่นที่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่อยู่ในระยะไม่มั่นใจประมาณ 3 เท่าและเสี่ยงที่จะอยู่ในระยะติดบุหรี่ถึงกว่า 7 เท่า การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ในวัยรุ่นไทย พบว่าการมีเพื่อน สนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะทดลองสูบและสูบตามโอกาส นอกจากนี้ยังมี การศึกษาอื่นๆจำนวนมากที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่และระยะต่างๆของ การสูบเช่นเดียวกัน (Distefan, Gilpin, Choi, & Pierce., 1998; Jackson, 1997; Robinson et al., 1997; Zhu, Liu, Shelton, Liu, & Giovino, 1996) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลอย่าง ชัดเจนของการสูบบุหรี่ของเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนสนิทต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

### การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่

อิทธิพลของเพื่อนต่อวัยรุ่นอาจเกิดจากการถูกชักชวน ทำท้ายโดยตรงให้สูบบุหรี่และ โชค ร้ายที่วัยรุ่นมักยอมรับข้อเสนอดังกล่าวด้วย ทั้งนี้เพราะพวกเขาต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน นั้นเอง (Berndt, 1996)

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเพิ่งเริ่มมี การศึกษาเมื่อหลังปี ค.ศ. 1990 ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ดังกล่าว (Eckhardt, Woodruff & Elder, 1994; Simons-Morton et al., 1999; Smith & Stutts., 1999) ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ในระยะต่างๆ เช่นกัน ผลการศึกษาโดย Flay และคณะ (1998) พบว่าการถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญในทุกระยะของการ สูบบุหรี่ และการเลื่อนระยะจากทดลองสูบไปสู่ระยะสูบบางครั้ง Zhu และคณะ (1996) ซึ่ง



ทำการศึกษาในวัยรุ่นประเทศจีนและได้แบ่งการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ไม่สูบบุหรี่ (never smokers) เป็นผู้ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (2) สูบบางโอกาส (occasional smokers) เป็นการสูบบางครั้งตามโอกาส เฉพาะต่างๆหรือสูบ 1-2 ครั้งเท่านั้น (3) สูบทุกสัปดาห์ (weekly smokers) เป็นการสูบอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง (4) สูบทุกวัน (daily smokers) เป็นการสูบเป็นประจำทุกสัปดาห์หรือทุกวัน ผล การศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตาม โอกาสและสูบ ประจำมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยถูกชักชวนให้สูบ การศึกษาของ Jackson (1997) พบว่า นักเรียนที่ ทดลองสูบบุหรี่แล้ว (initiation) มีการคบเพื่อนที่สูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ (abstinence) และนักเรียนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่ (experimentation) มีการคบเพื่อนที่สูบบุหรี่ มากกว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่ การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าวัยรุ่นไทยที่ถูกชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบและสูบตามโอกาสสูงกว่า วัยรุ่นที่ไม่ถูกชักชวนถึง 6 เท่า อย่างไรก็ตามบางการศึกษากลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ทั้งสองดังกล่าว (Michell & West, 1996; Nichter, Nichter, Vuckovic, Quintero, & Ritenbaugh, 1997) ถึงแม้ผลการศึกษาจะมีข้อค้นพบที่ขัดแย้งกันอยู่บ้าง แต่ผลการศึกษาจำนวนมากและจาก ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางทฤษฎีมีการยืนยันว่าการได้รับอิทธิพลโดยตรงจากเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ (Flay & Petraitis, 1994)

#### การคาดการณ์การสูบบุหรี่

การคาดการณ์ว่ามีการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะทำตามค่านิยมของกลุ่มตามที่ตนรับรู้ (Harris, 1995) และ โดยทั่วไปแล้วพบว่าส่วนใหญ่มักรับรู้ว่ามีเพื่อนที่สูบบุหรี่สูงกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเสมอ (Simons-Morton, 2002) การศึกษาของ Ma และคณะ (2008) พบว่าการคาดการณ์การสูบบุหรี่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเขตเมืองทั้งเพศชายและหญิง การศึกษาของ Simons-Morton (2002) ก็ยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าวเช่นกัน การคาดการณ์การสูบบุหรี่ยังมี ความสัมพันธ์กับระยะเวลาการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันด้วย โดยจากการศึกษาของ Botvin และคณะ (1994) พบว่าวัยรุ่นที่คาดการณ์ว่าเพื่อนในกลุ่มมากกว่า 50% มีการสูบบุหรี่มี โอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ตาม โอกาส (experiment smoking) และเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smoking) มากกว่าวัยรุ่นที่ คาดการณ์ว่าไม่มีการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนๆ Flay และคณะ (1998) พบว่าการคาดการณ์การสูบบุหรี่ สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในระยะสูบบางครั้ง (experiment smoking) และสูบประจำ (regular smoking) แต่ไม่สามารถทำนายการทดลองสูบได้ (tried smoking) การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าการคาดการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการ สูบบุหรี่เฉพาะในระยะแรกสุดคือระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่เท่านั้น Simons-Morton ยังได้กล่าวไว้ ในการศึกษาว่าอิทธิพลของการคาดการณ์การสูบต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไม่เกี่ยวข้องหรือขึ้นอยู่กับ

312.296

๗๒๔๕๓

๓.3

27 07 11

กับจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีอยู่จริง อย่างไรก็ตามการศึกษาบางส่วนที่ผ่านมารายงานผลการศึกษาว่าไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว (Dusenbury et al., 1992; Ellickson et al., 2001; Robinson et al., 1997)

แม้ผลการศึกษาจะไม่ได้ยืนยันตรงกันทั้งหมดว่าการคาดการณ์การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ Conrad, Flay และ Hill (1992) ได้สรุปไว้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่ประมาณ 80% ยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว Tyas และ Pederson (1998) ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการคาดการณ์การสูบบุหรี่ของเพื่อนมีอิทธิพลที่ชัดเจนต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในขณะที่การคาดการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ในวัยรุ่นพบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไม่ชัดเจนนัก

### การสูบบุหรี่ของพ่อแม่

วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่หากผู้ปกครองของพวกเขาสูบบุหรี่ (Conrad et al., 1992) การสูบบุหรี่ของผู้ปกครองถูกนำไปศึกษาในลักษณะที่แตกต่างกัน บางการศึกษาหมายถึงเฉพาะการสูบบุหรี่ของแม่หรือการสูบบุหรี่ของพ่อ ขณะที่บางการศึกษาหมายถึงการสูบบุหรี่ทั้งของพ่อและแม่ และบางการศึกษาหมายถึงการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว (Avenevoli & Merikangas, 2003) การศึกษาของ Kristjansson และคณะ (2010) เมื่อไม่นานมานี้พิสูจน์ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของพ่อแม่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ ผลการศึกษานี้ยังอีกจำนวนมากพบว่าการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Frohlich et al., 2002; Jarallah, Bamgboye, Al-Ansary & Kalantan, 1996; Johnson, Li, Perry, Elder, Feldman, Kelder, & Stone, 2002; Pederson et al., 1997) การศึกษาของ Shamsuddin และ Abdul Haris (2000) พบว่าเฉพาะการสูบบุหรี่ของพ่อเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในขณะที่การศึกษาของ Ashley และคณะ (2008) ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับการใช้ยาและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 2002-2003 (the national surveys on drug Use and Health: NSDUH) พบว่าการสูบบุหรี่ของแม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของบุตรสาวมากกว่าบุตรชาย สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น ชูชัย สุภวงศ์ และคณะ (2540) พบว่าการสูบบุหรี่ของพ่อแม่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นไทยสูบบุหรี่ และการศึกษาของฐิติทิพย์ ยิ้มพลอย (2543) พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของศรัณญา เบญจกุลและคณะ (2550) และการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร และวรชัย ทองไทย (2550)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองและระยะเวลาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นก็พบว่ามีความสัมพันธ์เช่นกัน โดยการศึกษาของ Lloyd-Richardson และคณะ (2002) รายงานว่าการสูบบุหรี่ทั้งของพ่อและแม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะท้ายๆมากกว่าในระยะแรกๆ Jackson และ Henriksen (1997) ได้แบ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกเป็น (1) ไม่สูบบุหรี่

บุหรี (never smokers) คือไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรีเลย (2) สูบบางครั้ง (experimenters) คือมีการสูบบุหรีแต่ไม่ได้สูบบ่อยเป็นประจำ (3) เคยสูบบุหรี (ex-smokers) คือเคยสูบบุหรีแต่ปัจจุบันเลิกสูบลแล้วและ (4) สูบบุหรีในปัจจุบัน (current smokers) คือการสูบบ่อยโอกาสหรือสูบบ่อยเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่สูบบุหรีมีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรีและเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี Pederson และคณะ (1998) พบว่าการสูบบุหรีของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรีในระยะสูบบางครั้งในขณะที่การสูบบุหรีของแม่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าการสูบบุหรีของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรีในระยะตั้งใจที่จะสูบบ่อยและสูบบ่อยโอกาสในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของไทย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาของพ่อแม่และการสูบบุหรีของแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี (Covey & Tam, 1990; Flay et al., 1998; Wang et al., 1997; Simons-Morton, 2002) Tyas และ Pederson (1998) ได้สรุปไว้ว่าถึงแม้ผลการศึกษาที่ผ่านมาจะมีทั้งที่พบและไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว แต่จากการรวบรวมผลการวิจัยที่ผ่านมาในอดีตพบว่ามีความสัมพันธ์สองเท่าที่ยืนยันว่าการสูบบุหรีของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรีในวัยรุ่น ดังนั้นการสูบบุหรีของผู้ปกครองจึงเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่สำคัญ

### การยอมรับการสูบบุหรีของผู้ปกครอง

การยอมรับการสูบบุหรีของผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการสูบบุหรีของวัยรุ่น วัยรุ่นที่รับรู้ว่าการสูบบุหรีของพ่อแม่ไม่ยอมรับพฤติกรรมสูบบุหรีมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรีน้อยกว่า มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว (Jackson & Henriksen, 1997; Sargent & Dalton, 2001; Simons-Morton et al., 2001; Simons-Morton, 2002) Kristjansson และคณะ (2010) พบว่าการรับรู้ถึงปฏิกิริยาของพ่อแม่ต่อการสูบบุหรีสามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรีในวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ Flay และคณะ (1998) ยังพบว่า การยอมรับการสูบบุหรีของพ่อแม่สามารถทำนายการสูบบุหรีในระยะสูบบ่อยเป็นประจำ แต่ไม่สามารถทำนายการทดลองสูบบุหรีและการสูบบางครั้งได้ Distefan และคณะ (1998) ซึ่งแบ่งระยะการสูบบุหรีออกเป็น (1) ไม่สูบบุหรี (never smokers) หมายถึงผู้ไม่เคยแม้แต่ทดลองสูบบ่อย (2) สูบบุหรีบางครั้ง (experimental smokers) หมายถึงผู้สูบบุหรีหรือเคยทดลองสูบบุหรี (3) ติดบุหรี่ (established smokers) หมายถึงผู้ที่สูบบุหรีอย่างน้อย 100 มวนในชีวิต ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาที่พ่อแม่ตระหนักถึงการสูบบุหรีของบุตรสามารถทำนายการสูบบุหรีในระยะติดบุหรี่ได้ แต่ไม่สามารถทำนายการสูบบุหรีในระยะสูบบ่อยบางครั้งในวัยรุ่นได้ การศึกษาของ Pederson และคณะ (1998) พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรีในปัจจุบันพ่อแม่มีการยอมรับการสูบบุหรีมากกว่าวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรีและวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรีพ่อแม่มีการยอมรับการสูบบุหรีมากกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรีบางครั้ง วัยรุ่นที่ไม่เคยสูบบุหรีเป็นกลุ่มที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรีมากที่สุด

Jackson (1997) พบว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่แล้ว (initiation) พ่อแม่จะมีการควบคุมไม่ให้สูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ (abstinence) ในทำนองเดียวกันนักเรียนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่ (experimentation) พ่อแม่จะมีการควบคุมไม่ให้สูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่ การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่าวัยรุ่นไทยที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะอยู่ในระยะลังเลใจที่จะสูบถึงมากกว่า 2 เท่าของวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมายืนยันตามทฤษฎีที่เชื่อว่าการไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ส่งผลให้วัยรุ่นไม่สูบบุหรี่ได้

### ความผูกพันกับผู้ปกครอง

ความผูกพันกับผู้ปกครองหรือครอบครัวเป็นสายใยทางสังคมที่สำคัญที่สุด (Hirschi, 1969) เพราะครอบครัวให้การเลี้ยงดู ช่วยเหลือและเป็นแรงสนับสนุนสำหรับเด็ก ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวจะส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆของเด็ก Kristjansson และคณะ (2009) พบว่าการได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากพ่อแม่ สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ และมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ปกครองน้อยมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่นพฤติกรรมสูบบุหรี่ มากกว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ปกครองมาก (Foshee & Bauman, 1994; Ledoux et al., 2002; McBride et al., 1995) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Kandel (1990) ที่พบว่าเฉพาะความสัมพันธ์กับมารดาเท่านั้นที่สามารถส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Oakley และคณะ (1992) ที่พบว่าความผูกพันกับมารดาจะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นทั้งชายและหญิง วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับมารดาน้อยมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับมารดามาก ในขณะที่ความผูกพันกับบิดาจะส่งผลต่อการสูบบุหรี่เฉพาะในเด็กวัยรุ่นผู้หญิงเท่านั้น นอกจากนี้การศึกษาของ Van Den Bree และคณะ (2004) ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลจากผลการศึกษาระยะยาวในวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดีมีโอกาเสี่ยงที่จะเริ่มต้นสูบบุหรี่ (initiation of experimental smoking) ส่วนการศึกษาของพรศรี วรรณนระวุฒิ (2541) ในประเทศไทยพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างบิดากับบุตรมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร แต่การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) พบว่า ความผูกพันกับครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะแรกของการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีหรือแนวคิดต่างๆที่ได้กล่าวไว้

## ความผูกพันกับโรงเรียน

สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนส่งผลให้เกิดความผูกพันขึ้นระหว่างโรงเรียนกับเด็กนักเรียนและในขณะเดียวกันก็สามารถส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆเกิดขึ้นได้ด้วย (Eccles, Lord, & Buchanan, 1996; McBride et al., 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Tyas และ Pederson (1998) พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2527- พ.ศ.2539 ไม่มีการศึกษาใดที่ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับโรงเรียนและการสูบบุหรี่ จนเมื่อไม่นานมานี้จึงเริ่มมีการศึกษาดังกล่าว โดย Simons-Morton (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นความรู้สึกที่เด็กมีต่อโรงเรียน (adjustment to school) กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและพบว่าวัยรุ่นที่มีความคิดเห็นต่อโรงเรียนในทางลบมีแนวโน้มที่จะเริ่มต้นสูบบุหรี่ Lloyd-Richardson และคณะ (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับโรงเรียนและระยะเวลาสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะทดลองสูบบุหรี่และระยะสูบเป็นประจำ การศึกษาของ Jackson (1997) พบว่าวัยรุ่นที่ทดลองสูบบุหรี่แล้ว มีความคิดเห็นที่ค่อนข้างไม่ดีต่อโรงเรียนมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ ในทำนองเดียวกันวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่มากขึ้น จะมีความคิดเห็นในทางลบต่อโรงเรียนมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Van Den Bree และคณะ (2004) พบว่าวัยรุ่นที่มีความไม่พึงพอใจต่อโรงเรียนมีโอกาเสี่ยงที่จะเริ่มต้นสูบบุหรี่และสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของ White และคณะ (2002) การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พบว่าความผูกพันกับโรงเรียนไม่มี ความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของการสูบบุหรี่เลย ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับโรงเรียนและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังมีข้อจำกัดด้านความรู้อย่างมาก การศึกษาและทดสอบความสัมพันธ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (the Theory of Triadic Influence: TTI) และลำดับขั้นการสูบบุหรี่ (stages of smoking) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยตัวแปรต้นสำคัญที่ถูกเลือกมาศึกษาสามารถจัดกลุ่มออกได้เป็น 3 กลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้สึกรู้สีก่อนในตนเอง ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และ ปัจจัยทางสังคมหรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การคาดการณการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ความผูกพันกับพ่อแม่และความผูกพันกับโรงเรียน ปัจจัยต่างๆดังกล่าวย่อมมีความแตกต่างกันไปตามลำดับขั้นต่างๆของการสูบบุหรี่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น (Flay, 1993; Flay et al., 1983; Jackson, 1998; Leventhal & Cleary, 1980; Prokhorov et al., 2002; Stern et al., 1987; Unger, et al., 1997) พบว่าลำดับขั้นการพัฒนารของการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่เป็นไปได้สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 ระยะคือ (1) ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ (2) ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ (3) ระยะเตรียมตัวที่จะสูบบุหรี่ (4) ระยะทดลองสูบบุหรี่ (5) ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส (6) ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ และ (7)ระยะติดบุหรี่ อย่างไรก็ตามระยะที่ 2 (ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่) และ 3 (ระยะเตรียมตัวที่จะสูบบุหรี่) อาจจัดให้อยู่รวมกันได้เนื่องจากระยะทั้งสองเป็นระยะที่บุคคลยังไม่ได้คิดหรือตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ซึ่งทำการศึกษาลำดับขั้นการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทยจำนวน 1002 คน พบว่าในวัยรุ่นไทยไม่พบระยะเตรียมตัวที่จะสูบบุหรี่ สอดคล้องกับบางการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศตะวันตก (Kremers et al., 2001; Kremers, Mudde, & De Vries, 2004) ซึ่งได้อธิบายว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเป็นการแสดงพฤติกรรมที่มีได้มีการวางแผนไว้ก่อน (unplanned actions) แต่เป็นธรรมชาติของวัยรุ่นเองที่ต้องการมีประสบการณ์สิ่งต่างๆ Engels, Knibbe และ Drop (1999) กล่าวว่า การเริ่มต้นสูบบุหรี่เป็นจุดเปลี่ยนหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน ณ ขณะใดขณะหนึ่งตลอดช่วงเวลาอันสั้นของการเป็นวัยรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีตัวแปรตามเป็นลำดับการสูบบุหรี่ที่แบ่งออกเป็นระยะ 6 ระยะคือ (1) ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ (non-susceptible precontemplation stage) (2) ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ (susceptible precontemplation stage) (3) ระยะทดลองสูบบุหรี่ (initiation or tried stage) (4) ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส (experimentation stage) (5) ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ (regular smoking stage) และ (6)ระยะติดบุหรี่ (established smoking stage) ดังแสดงในภาพที่ 2

## ปัจจัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่

## ปัจจัยภายในบุคคล

- เพศ
- ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

## ปัจจัยทางด้านทัศนคติ

- ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

## ปัจจัยระหว่างบุคคล

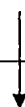
- สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท
- การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่
- การคาดการณ้การสูบบุหรี่
- การสูบบุหรี่ของพ่อแม่
- การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่
- ความผูกพันกับพ่อแม่
- ความผูกพันกับโรงเรียน

## ลำดับขั้นการสูบบุหรี่

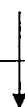
ระยะมันใจที่จะไม่สูบบุหรี่



ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่



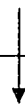
ระยะทดลองสูบบุหรี่



ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส



ระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ



ระยะติดบุหรี่

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยในบทนี้นำเสนอเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีดำเนินการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (correlational study) ระหว่างปัจจัยต่างๆกับลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำมาอธิบายผลการศึกษาเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

#### ประชากร

ประชากรคือวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสายสามัญศึกษาช่วงชั้นที่ 4 (มัธยมศึกษาปีที่ 4 -6) และสถาบันอาชีวศึกษา(ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ: ปวช) ทั้งในสังกัดของรัฐบาลและเอกชนในปีการศึกษา 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

#### กลุ่มตัวอย่าง

##### การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

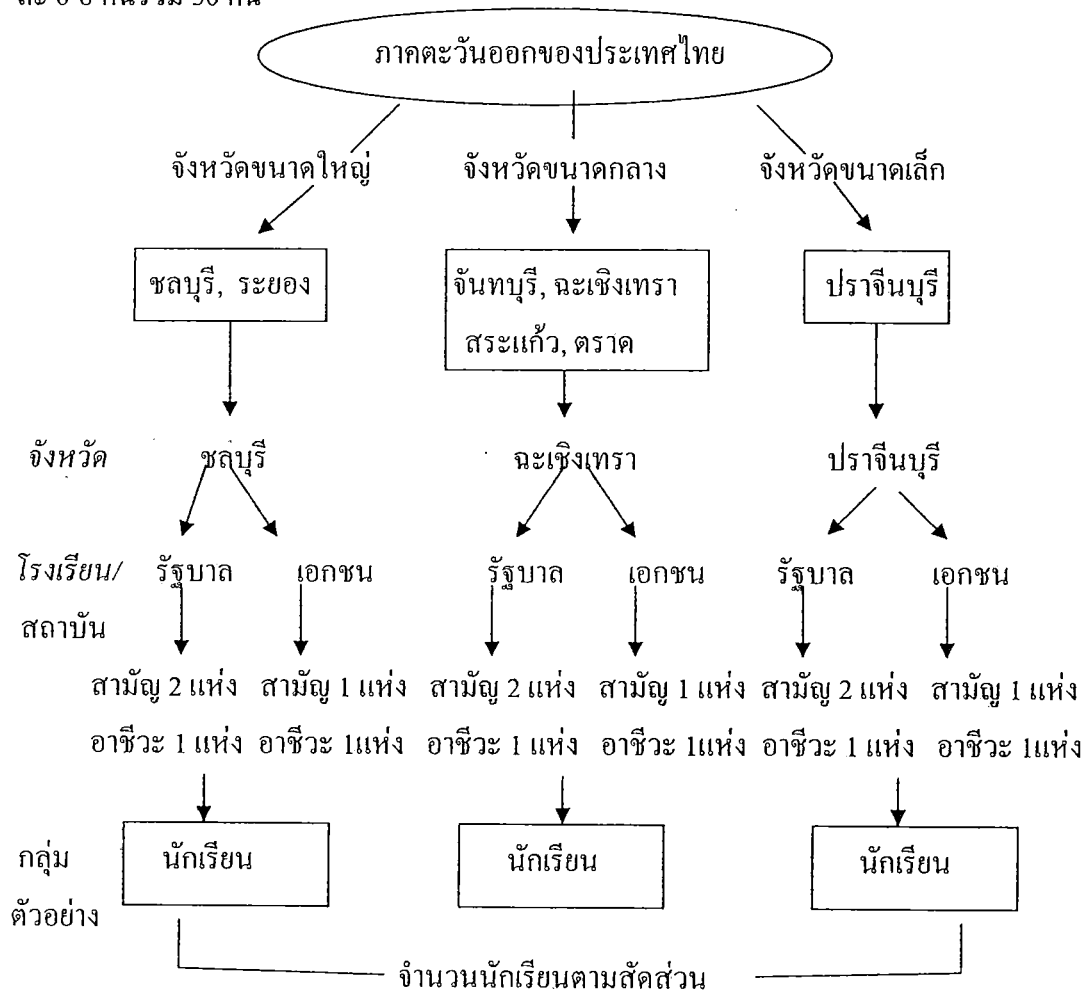
กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 และนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) ทั้งในสังกัดของรัฐบาลและเอกชนช่วงปี พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 800 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณ สัตว์ส่วน (Parel, et al., 1973) (รายละเอียดในภาคผนวก: การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง)

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha_2} \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2_{\alpha_2} p(1-p)}$$



1.3. ขั้นตอนที่สาม: ทำการสุ่มเลือกนักเรียนจากสายสามัญศึกษาและสายอาชีวศึกษาอย่างละครึ่งให้ได้จำนวนครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ ซึ่งคำนึงถึงสัดส่วนของนักเรียนที่มีอยู่ในแต่ละจังหวัดและจำนวนนักเรียนในแต่ละโรงเรียน และให้มีการกระจายทั้ง นักเรียนสายวิทย์และสายศิลป์ในโรงเรียนสายสามัญศึกษา นักเรียนแผนกช่างเทคนิคและนักเรียนแผนกพาณิชยในสถาบันอาชีวศึกษา สรุปได้ตัวอย่างในแต่ละจังหวัดดังภาพที่ 2

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อครูผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลและแกนนำนักเรียน ทำให้รู้สึกคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี จึงขอให้ช่วยประชาสัมพันธ์การรับสมัครผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ซึ่งอาจเป็นทั้งผู้ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่ เพื่อให้ได้มุมมองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นอีก รวมทั้งสิ้น 50 คน ได้ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกรวม 20 คนเป็นเพศหญิง 8 คน เพศชาย 12 คน และผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มย่อย 4 กลุ่มเป็นเพศหญิง 2 กลุ่ม เพศชาย 2 กลุ่มๆ ละ 6-8 คนรวม 30 คน



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อวัดปัจจัยต่างๆที่ศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามที่เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน แบบสอบถามที่นำมาจากงานวิจัยที่ผ่านมา และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง โดยมีจำนวนข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 73 ข้อ เครื่องมื่อดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (try out) ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ด้วยการทดสอบซ้ำ 2 สัปดาห์ (test-retest) สำหรับตัวแปรที่วัดด้วยข้อคำถามเดี่ยว (single item questionnaires) เช่น การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ สถานทางเศรษฐกิจของครอบครัว และใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับตัวแปรที่วัดด้วยหลายข้อคำถาม (multiple item questionnaires) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันกับโรงเรียน โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เป็นเกรดเฉลี่ยครั้งล่าสุดที่ได้รับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

1.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบทดสอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (the Rosenberg Self-esteem Scale: RSE) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scale) ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 5 ข้อและเชิงลบจำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

ค่อนข้างสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

ค่อนข้างต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

1.3 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยตามแนวคิดของเวปเปอร์ (Weber, 1992) ที่เชื่อว่าทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (dimensions) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ความรู้สึก (affective) และการปฏิบัติ (behavioral) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และเชิงลบจำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

1.4 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นข้อคำถามเดียวเกี่ยวกับสภาพทางการเงินของครอบครัวโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

1.5 การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

1.6 การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการมีประสบการณ์เคยถูกหรือไม่เคยถูกเพื่อนพูดโน้มน้าวให้สูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

1.7 การคาดการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามจากการศึกษาของเฟลล์และคณะ (Flay et al., 1998) เพื่อประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มคนวัยเดียวกับตนในจำนวน 100 คน เริ่มจากการคิดว่ามีคนในวัยเดียวกับตนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่แล้วคือ 1-10 คน (ให้ 1 คะแนน) จนถึง 91-100 คน (ให้ 10 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 การคาดการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสูบบุหรี่แล้วประมาณ 40% (ทดลองสูบ สูบตาม โอกาส สูบประจำและติดบุหรี่) จึงใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ใกล้เคียงกับความเป็นจริง หมายถึง คาดคิดว่ากลุ่มคนวัยเดียวกับตนมีประสบการณ์การสูบบุหรี่แล้วไม่เกิน ร้อยละ 40

เกินกว่าความเป็นจริง หมายถึง คาดคิดว่ากลุ่มคนวัยเดียวกับตนมีประสบการณ์การสูบบุหรี่แล้วมากกว่าร้อยละ 40

1.8 การสูบบุหรี่ของบิดามารดา เป็นข้อคำถามถึงการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

1.9 การยอมรับของพ่อแม่ต่อการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามจากการศึกษาของ Flay และคณะ (1994) เพื่อคาดการณ์ถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับของพ่อแม่หากรับรู้ว่าตนสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

1.10 ความผูกพันกับพ่อแม่ เป็นแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่จริงเลย จนถึงจริงทีเดียว จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และเชิงลบจำนวน 4 ข้อ ซึ่งได้มีการพัฒนาข้อคำถามมาจากเอกสารต่างๆและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ของแบบสอบถาม พบว่า ความผูกพันกับพ่อแม่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วม และการยอมรับนับถือ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) อยู่ในช่วง 0.66-0.74 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.75 เมื่อนำแบบสอบถามชุดนี้มาทดลองใช้ในนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบมีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ความผูกพันกับพ่อแม่สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

ค่อนข้างมาก หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

ค่อนข้างน้อย หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

1.11 ความผูกพันกับโรงเรียน เป็นแบบสอบถามของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่จริงเลยจนถึงจริงทีเดียว จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ และเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ข้อ ซึ่งได้มีการพัฒนาข้อคำถามมาจากเอกสารต่างๆและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ของแบบสอบถาม พบว่าความผูกพันกับโรงเรียนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใส่ใจกระตือรือร้น การยอมรับนับถือ ความรู้สึกมั่นคง และการมีส่วนร่วม ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) อยู่ในช่วง 0.36-0.69 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.87 เมื่อนำแบบสอบถามชุดนี้มาทดลองใช้ในนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ความผูกพันกับโรงเรียนสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

ค่อนข้างมาก หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

ค่อนข้างน้อย หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

1.12 การสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด Mayhew และคณะ (2000) และจากการศึกษาของ Pierce และคณะ(1995) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 “ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่” มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกคือ (1) เคย และ (2) ไม่เคย ผู้ที่ตอบว่า “ไม่เคย” ให้ตอบคำถามข้อ 2 ต่อไป ผู้ที่ตอบว่า “เคย” ข้ามไปตอบข้อ 3 เลย

ข้อที่ 2 “ท่านคิดว่าจะสูบบุหรี่ในระยะเวลาอันใกล้นี้หรือไม่” มีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือกคือ (1) “ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีข้างหน้า” (2) “คิดว่าจะสูบบุหรี่แน่นอนหากเพื่อนชวน” (3) “ไม่แน่ใจ อาจจะสูบบุหรี่เพื่อนชักชวน” และ (4) “ไม่สูบบุหรี่แน่นอนถึงแม้จะถูกเพื่อนชักชวน”

ข้อที่ 3 “ท่านสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด” มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกคือ (1) “ทดลองสูบบุหรี่เพียง 1-4 มวนเท่านั้นในชีวิต” (2) “เคยสูบบุหรี่มาแล้วประมาณ 5-10 มวนเท่านั้นในชีวิตและไม่ได้สูบบุหรี่อีกเลยในปัจจุบัน” (3) “ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นบางครั้งเท่านั้น เช่นเมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อน เมื่อไปงานเลี้ยงหรือเมื่อไปเที่ยว” (4) “ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นประจำทุกสัปดาห์” และ (5) “ปัจจุบันสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน”

จากการตอบคำถามดังกล่าวทำให้สามารถแบ่งกลุ่มพฤติกรรมการดื่มออกเป็นระยะต่างๆ ได้ดังนี้  
ระยะที่ 1 ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบ เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “ไม่เคย” ข้อ 2 “ไม่สูบแน่นอนจนถึงแม้จะถูก  
เพื่อนชักชวน”

ระยะที่ 2 ระยะลังเลใจที่จะสูบ เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “ไม่เคย” ข้อ 2 เลือกตอบตัวเลือกใดตัวเลือก  
หนึ่ง ตั้งแต่ตัวเลือกที่ 1 ถึง 3

ระยะที่ 3 ระยะทดลองสูบ เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “เคย” ข้อ 3 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1

ระยะที่ 4 ระยะสูบตาม โอกาส เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “เคย” ข้อ 3 เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 หรือ 3

ระยะที่ 5 ระยะสูบประจำ เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “เคย” ข้อ 3 เลือกตอบตัวเลือกที่ 4

ระยะที่ 6 ระยะติดบุหรี่ เมื่อเลือกตอบข้อ 1 “เคย” ข้อ 3 เลือกตอบตัวเลือกที่ 5

ข้อมูลการสูบบุหรี่ดังกล่าวได้มาจากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งมีได้ตรวจสอบยืนยัน  
โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (biochemical markers) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมและ  
สังเคราะห์งานวิจัยต่างๆ โดย Patrick, Cheadle, Thompson, Diehr, Koepsell, และ Kinne (1994) สรุปได้  
ว่าข้อมูลการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ที่ได้มาจากการรายงานของวัยรุ่นเองมีความแม่นยำเชื่อถือได้ไม่แตกต่าง  
จากการให้ข้อมูลในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ Klesges, Klesges, และ Cigrang (1992) ยังให้ข้อเสนอแนะว่าการ  
ใช้การตรวจสอบเพื่อการยืนยันทางวิทยาศาสตร์ไม่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจเนื่องจากการสิ้น  
เปลืองโดยไม่จำเป็นและการตรวจสอบดังกล่าวไม่สามารถตรวจพบเพื่อยืนยันการสูบบุหรี่ในระยะแรกๆ  
รวมทั้งการสูบประจำในกลุ่มวัยรุ่นได้คั่นก การศึกษาครั้งนี้จึงประเมินการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโดย  
การให้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มย่อย ประกอบด้วย  
ตัวผู้วิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล และเครื่องมือประกอบอื่นๆ ได้แก่ เครื่อง  
บันทึกเสียงและเทปเปล่า

### วิธีดำเนินการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ยื่นเรื่องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
หน่วยงานต้นสังกัด
2. ดำเนินการติดต่อผู้บริหาร โรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการ  
เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งติดต่อให้มีตัวแทนผู้ประสานงานในโรงเรียนดังกล่าวเพื่อประสานงานเรื่อง  
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง
3. พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องได้รับความยินยอมเป็นลาย  
ลักษณ์อักษร (informed consent) ตามแบบฟอร์มที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยแล้ว ทั้งจากตัวผู้เข้าร่วมวิจัยเอง (นักเรียน) และจากผู้ปกครองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมี

อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองจะได้รับแบบแสดงความยินยอมอนุญาตให้เก็บข้อมูลในนักเรียนล่วงหน้า ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนวันเก็บข้อมูล และในวันเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้ กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลโดยให้เป็นความสมัครใจ นักเรียนสามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยจะ ไม่มีผลเสียหรือถูกลงโทษใดๆทั้งสิ้น

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในห้องเรียนซึ่งเป็นช่วงเวลาตามแต่ทางโรงเรียนจะพิจารณาเห็นว่าเหมาะสมและไม่รบกวนเวลาเรียนของนักเรียน โดยในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบไม่ต้องใส่ชื่อ สกุลจริงแต่จะใช้รหัสแทน ในขณะที่ตอบแบบสอบถามนี้คุณครูจะไม่อยู่ในห้องเรียนจะมีเพียงผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วจะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิดในซองกระดาษทึบ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

5. ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ร่วมโครงการทุกคนจะได้รับของสมนาคุณเพื่อแสดงความขอบคุณและเป็นค่าตอบแทนการเสียเวลา และผลการศึกษาที่ได้ก็จะถูกนำเสนอในภาพรวมมิได้ระบุนักเรียนคนใดหรือโรงเรียนหนึ่ง โรงเรียนใดเป็นการเฉพาะเจาะจง

6. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มย่อยนักเรียนชาย เพื่อให้ได้ข้อมูลมาอธิบายผลการศึกษาเชิงปริมาณในบางประเด็นให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น มีหลักการในการสัมภาษณ์คือการสร้างความไว้วางใจผ่านสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ในการดำเนินการแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณหนึ่งถึงสองชั่วโมง และได้ทำการอัดเทปเสียงและถอดเทป ซึ่งสถานที่ในการเก็บข้อมูลขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลจะนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. พรรณนาข้อมูลทั่วไปด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระยะต่างๆของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งมีระดับการวัดแบบนามมาตรา (nominal scale) และมีมากกว่า 2 กลุ่ม ด้วย Multinomial Logistic

Regression ที่ความเชื่อมั่น 95%CI

4. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มย่อย วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ ลำดับชั้นการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของการสูบ ดังนั้นการนำเสนอผลการศึกษาก็ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา
3. สถานการณ์การสูบบุหรี่และลำดับชั้นการสูบบุหรี่
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับชั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่
5. แบบแผนการสูบบุหรี่

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 800 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.3 เพศชายร้อยละ 48.7 มีอายุระหว่าง 13 ปี ถึง 21 ปี ร้อยละ 59.3 อยู่ในช่วงอายุ 17-18 ปี รองลงมาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี และอายุน้อยกว่าและเท่ากับ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.9 และ 8.8 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 16.9 ปี (SD = 1.07) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนสายสามัญศึกษาและอาชีวศึกษามีจำนวนพอๆกัน และมีการกระจายของระดับชั้นการศึกษา (มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และ ปวช 1-3) ที่ใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของบิดามารดา พบว่า บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.5 ที่อยู่ร่วมกัน และร้อยละ 18.3 หย่าหรือแยกกันอยู่ สำหรับการศึกษาศูนย์ของบิดาและมารดานั้น พบว่า ประมาณร้อยละ 43.8 ของบิดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รองลงมาร้อยละ 31.8 และ 24.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญาหรือสูงกว่าตามลำดับในขณะที่กว่าครึ่ง ของมารดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ประมาณร้อยละ 30 และร้อยละ 20 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญาหรือสูงกว่า ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 800)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	410	51.3
ชาย	390	48.7
<b>อายุ</b>		
<= 16 ปี	71	8.8
17-18 ปี	474	59.3
>= 19 ปี	255	31.9
Min, Max = 13, 21; Mean =16.94; SD =1.07		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	143	17.8
มัธยมศึกษาปีที่ 5	135	16.8
มัธยมศึกษาปีที่ 6	172	21.5
ปวช. 1	126	15.8
ปวช. 2	114	14.3
ปวช. 3	110	13.8
<b>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</b>		
อยู่ด้วยกัน	596	74.5
หย่าหรือแยกกันอยู่	146	18.3
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	55	6.8
ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	3	0.4
<b>ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	351	43.8
มัธยมศึกษา	254	31.8
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	195	24.4
<b>ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	423	52.8
มัธยมศึกษา	217	27.2
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	160	20.0



### ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกันคือ เพศหญิงร้อยละ 51.3 เพศชายร้อยละ 48.7 และเกือบร้อยละ 60 มี GPA น้อยกว่า 3.00 โดยมี GPA สูงสุดเท่ากับ 4.00 และค่า GPA ต่ำสุดเท่ากับ 1.00 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 สำหรับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 55.7 มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 ถึง 39 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.0 (SD = 4.06) เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในกลุ่มค่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 44.9 โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 65 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.4 คะแนน (SD = 8.67)

สำหรับปัจจัยที่มาจากภายนอกพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งต่อครึ่งมาจากครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในกลุ่ม ไม่มีเงินเหลือเก็บและมีเงินเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 46.7 และร้อยละ 53.3 ตามลำดับ ปัจจัยด้านเพื่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.9 มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ที่สำคัญคือ เกือบร้อยละ 40.0 เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 71.6 คาดการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในวัยเดียวกับตนสูงกว่าสภาพความเป็นจริง (คาดการณ์ว่ามีความชุกมากกว่าร้อยละ 40) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบิดามารดา พบว่า บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.9 สูบบุหรี่และร้อยละ 59.3 ไม่ยอมรับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุตร ในขณะที่ร้อยละ 40.7 ยอมรับได้หากทราบว่าบุตรมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของระดับความผูกพันกับครอบครัวและโรงเรียนค่อนข้างมากและค่อนข้างน้อยที่ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 50 โดยมีคะแนนความผูกพันกับครอบครัวสูงสุด 48 คะแนน คะแนนต่ำสุด 18 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 38.3 (SD = 5.21) ส่วนความผูกพันกับโรงเรียนมีคะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 21 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 46.2 (SD = 6.08) คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา (n = 800)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	410	51.3
ชาย	390	48.7
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน(GPA)		
>= 3.00	327	40.9
< 3.00	473	59.1
Min, Max 1.00, 4.00; Mean, SD 2.81, 0.61		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ค่อนข้างสูง (คะแนน 30-40 คะแนน)	354	44.3
ค่อนข้างต่ำ (คะแนน 1-29 คะแนน)	446	55.7
Min, Max 14, 39; Mean, SD 29.01, 4.06		
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่		
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (คะแนน 1-33 คะแนน)	441	55.1
ค่อนข้างเห็นด้วย (คะแนน 34-80 คะแนน)	359	44.9
Min, Max 20, 65; Mean, SD 33.35, 8.67		
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
ไม่มีเงินเหลือเก็บ	374	46.7
มีเงินเหลือเก็บ	426	53.3
การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท		
ไม่ดื่ม	305	38.1
ดื่ม	495	61.9
การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่		
ไม่เคย	499	62.4
เคย	301	37.6
การคาดการณ์การสูบบุหรี่		
ใกล้เคียงกับความเป็นจริง (= < 40 %)	227	28.4
สูงกว่าความเป็นจริง (> 40 %)	573	71.6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ของพ่อแม่		
ไม่สูบบุหรี่	433	54.1
สูบบุหรี่	367	45.9
การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่		
ไม่ยอมรับ	474	59.3
ยอมรับ	326	40.7
ความผูกพันกับครอบครัว		
ค่อนข้างมาก (คะแนน 39-58 คะแนน)	405	50.6
ค่อนข้างน้อย (คะแนน 1-38 คะแนน)	395	49.4
Min, Max 18, 48; Mean, SD 38.26, 5.21		
ความผูกพันกับโรงเรียน		
ค่อนข้างมาก (คะแนน 47-60 คะแนน)	394	49.3
ค่อนข้างน้อย (คะแนน 1-46 คะแนน)	406	50.7
Min, Max 21, 60; Mean, SD 46.20, 6.08		

### สถานการณ์การสูบบุหรี่และลำดับขั้นการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 53.7 มีการสูบบุหรี่อยู่ในระยะมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่ รองลงมาสูบบุหรี่ตามโอกาส ร้อยละ 15.8 ทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.8 ถึงเลใจที่จะสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 8.8 ดิคนุหรี่ และสูบบุหรี่ประจำ คิดเป็นร้อยละ 7.4 และ 1.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการสูบบุหรี่โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ถึงเลใจที่จะสูบบุหรี่ และทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.3 และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ตามโอกาส สูบบุหรี่ประจำและดิคนุหรี่แล้ว ร้อยละ 24.7 อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เฉลี่ย 14.1 ปี (S.D. = 1.63) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 17 ปี แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่ (n=800)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับขั้นการสูบบุหรี่		
มันใจที่จะไม่สูบ	430	53.7
ลังเลใจ	70	8.8
ทดลองสูบ	103	12.8
สูบตามโอกาส	126	15.8
สูบประจำ	12	1.5
ติดบุหรี่	59	7.4
อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรก 14.1 ปี (S.D. = 1.63) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 17 ปี		
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบบุหรี่	603	75.3
สูบบุหรี่	197	24.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาพบว่า เพศชายมีส่วนร่วมการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง โดยเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 39.7 ในขณะที่เพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 10.2 และผู้ที่มี GPA น้อยกว่า 3.00 มีส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มี GPA มากกว่า 3.00 ถึง 3 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี GPA น้อยกว่า 3.00 มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 33.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มี GPA มากกว่า 3.00 มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 11.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำมีส่วนร่วมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.6 และ 20.9 ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับไม่มีเงินเหลือเก็บและมีเงินเหลือเก็บมีส่วนร่วมการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน คือประมาณร้อยละ 25 สำหรับทัศนคติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติก่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีส่วนร่วมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติก่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่อย่างชัดเจนมากกว่า 5 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติก่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ถึง

ร้อยละ 44.8 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 8.2 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือเคยถูกชวนให้สูบบุหรี่มีส่วนการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทไม่สูบบุหรี่หรือไม่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่คือ มีการสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 37.2 และ 48.8 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทไม่สูบบุหรี่หรือไม่เคยถูกชวนให้สูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 4.3 และ 10.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีการคาดการณ์การสูบบุหรี่สูงกว่าความเป็นจริงมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 27.6 ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการคาดการณ์การสูบบุหรี่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่พบว่ามี การสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 17.2 สำหรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีส่วนของการสูบบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกันนัก คือร้อยละ 22.3 และร้อยละ 26.6 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่ของบุตร มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 31.3 กลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.1 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวหรือ โรงเรียนค่อนข้างน้อยมีส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวหรือ โรงเรียนค่อนข้างมากประมาณ 1 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวและ โรงเรียนค่อนข้างน้อยมีการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 34.2 และ 33.5 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวและ โรงเรียนค่อนข้างมากมีการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 15.3 และ 15.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ศึกษา	ไม่สูบบุหรี่ (n=603)		สูบบุหรี่ (n=197)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
หญิง	368	89.8	42	10.2
ชาย	235	60.3	155	39.7
<b>ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน</b>				
>= 3.00	290	88.7	37	11.3
< 3.00	313	66.2	160	33.8
Min, Max	1.00, 4.00		1.28, 4.00	
Mean, SD	2.91, 0.61		2.48, 0.53	
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>				
ค่อนข้างสูง	280	79.1	74	20.9
ค่อนข้างต่ำ	323	72.4	123	27.6
Min, Max	14, 39		18, 37	
Mean, SD	29.24, 4.09		28.33, 3.92	
<b>ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่</b>				
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	405	91.8	36	8.2
ค่อนข้างเห็นด้วย	198	55.2	161	44.8
Min, Max	20, 65		20, 64	
Mean, SD	30.93, 7.36		40.78, 8.19	
<b>สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>				
ไม่มีเงินเหลือเก็บ	284	75.9	90	24.1
มีเงินเหลือเก็บ	319	74.9	107	25.1
<b>การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท</b>				
ไม่สูบ	292	95.7	13	4.3
สูบ	311	62.8	184	37.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ไม่สูบบุหรี่ (n=603)		สูบบุหรี่ (n=197)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่				
ไม่ถูกชักชวน	449	90.0	50	10.0
ถูกชักชวน	154	51.2	147	48.8
การคาดการณ์การสูบ				
ใกล้เคียงกับความเป็นจริง	188	82.8	39	17.2
สูงกว่าความเป็นจริง	415	72.4	158	27.6
การสูบของพ่อแม่				
ไม่สูบ	318	73.4	115	26.6
สูบ	285	77.7	82	22.3
การยอมรับการสูบของพ่อแม่				
ไม่ยอมรับ	379	79.9	95	20.1
ยอมรับ	224	68.7	102	31.3
ความผูกพันกับครอบครัว				
ค่อนข้างมาก	343	84.7	62	15.3
ค่อนข้างน้อย	260	65.8	135	34.2
Min, Max	19, 48		18, 48	
Mean, SD	39.12, 4.91		35.64, 5.24	
ความผูกพันกับโรงเรียน				
ผูกพันมาก	333	84.5	16	15.5
ผูกพันน้อย	270	66.5	136	33.5
Min, Max	27, 60		21, 59	
Mean, SD	46.88, 5.96		44.13, 6.01	

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การถูกชักชวนให้ดื่ม และ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของเพศหญิง (95 %CI = 1.24-3.16) กลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสเสี่ยงที่

จะสูบบุหรี่เป็น 1.66 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่าหรือเท่ากับ 3.00 (95 %CI = 1.02-2.68) กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไปในทางเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูบบุหรี่เป็น 4 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไปในทางไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI = 2.49-6.34) เช่นเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือเคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ประมาณ 3-4 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่เคยถูกชักชวนให้สูบ (95 %CI = 1.68-6.45 และ 2.44-5.94 ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ 1.6 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ (95 %CI = 1.08-2.44) ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การคาดการณ์การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ความผูกพันกับครอบครัวและความผูกพันกับโรงเรียน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่า Crude และ Adjusted Odds Ratio ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง (n=800)

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
เพศ				0.004
หญิง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ชาย	5.78***	1.98**	1.24-3.16	
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน				0.039
>= 3.00 <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
< 3.00	4.00***	1.66*	1.02-2.68	
ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง				0.378
ค่อนข้างสูง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ค่อนข้างต่ำ	1.44*	0.82	0.52-1.27	
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่				<0.001
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ค่อนข้างเห็นด้วย	9.15***	3.98***	2.49-6.34	
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				0.286
ไม่มีเงินเหลือเก็บ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
มีเงินเหลือเก็บ	1.06	1.26	0.82-1.91	



ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท				0.001
ไม่สูบ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
สูบ	13.29***	3.29**	1.68-6.45	
การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่				<0.001
ไม่ถูกชักชวน <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ถูกชักชวน	8.57***	3.81**	2.44-5.94	
การคาดคะเนการสูบบุหรี่				0.800
ใกล้เคียงกับความเป็นจริง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
สูงกว่าความเป็นจริง	1.84*	0.92	0.56-1.55	
การสูบบุหรี่ของพ่อแม่				0.231
ไม่สูบ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
สูบ	0.80	0.77	0.50-1.17	
การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่				
ไม่ยอมรับ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		0.020
ยอมรับ	1.82***	1.62*	1.08-2.44	
ความผูกพันกับครอบครัว				0.119
ค่อนข้างมาก <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ค่อนข้างน้อย	2.87***	1.43	0.91-2.25	
ความผูกพันกับโรงเรียน				0.052
ค่อนข้างมาก <sup>(R)</sup>	1.00	1.00		
ค่อนข้างน้อย	2.75***	1.57	0.99-2.46	

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นพัฒนาการของการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาระยะของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างจากตารางที่ 3 ข้างต้น ระยะสูบบุหรี่ประจำมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ซึ่งไม่มากพอที่จะนำมาวิเคราะห์อันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ จึงได้รวมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะสูบบุหรี่เป็นประจำและระยะติดบุหรี่ไว้ด้วยกัน เนื่องจากนิยามศัพท์ที่ให้ไว้มีความหมายในลักษณะเดียวกัน คือ การสูบบุหรี่เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นในการวิเคราะห์ต่อไปนี้ ระยะของการสูบบุหรี่จึงมี 5 ระยะ ได้แก่ ระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ระยะทดลองสูบบุหรี่ ระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส และระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ในระยะลังเลใจ ทดลองสูบบุหรี่ตามโอกาส สูบบุหรี่เป็นประจำ สูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสูบบุหรี่เป็นประจำ มีสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมาก ในขณะที่สัดส่วนการสูบบุหรี่ในระยะลังเลใจ และทดลองสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เพศชายมีสัดส่วนอยู่ในกลุ่มมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ต่ำกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนน้อยกว่า 3.00 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ในระยะต่างๆ ยกเว้นระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่าหรือเท่ากับ 3.00 ประมาณ 1.5-4 เท่า

เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำมีส่วนของการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะยกเว้นระยะมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงอยู่เล็กน้อย เช่นเดียวกับปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ค่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีส่วนอยู่ในระยะต่างๆ ของการสูบบุหรี่สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไปในทางไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะสูบบุหรี่เป็นประจำซึ่งสูงกว่าหลายเท่าตัว ด้านสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวไม่มีเงินเหลือเก็บกับกลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีเงินเหลือเก็บ มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะพอ ๆ กัน

เมื่อพิจารณาการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ มีสัดส่วนการสูบบุหรี่อยู่ในระยะทดลองสูบบุหรี่ตามโอกาส และสูบบุหรี่เป็นประจำ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่อย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสูบบุหรี่เป็นประจำซึ่งมีส่วนที่สูงกว่าประมาณ 10 เท่าตัว ในขณะที่สัดส่วนการสูบบุหรี่ในระยะลังเลใจ ไม่แตกต่างกันมากนัก สำหรับปัจจัยด้านการคาดการณ์การสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คาดการณ์การสูบบุหรี่สูงกว่าความเป็นจริงมีส่วนของการสูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่เป็นประจำ สูงกว่ากลุ่มที่มีการคาดการณ์การดื่มใกล้เคียงกับความเป็นจริงประมาณ 2 เท่า ในขณะที่มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ในระยะลังเลใจและระยะสูบบุหรี่ตามโอกาส ไม่แตกต่างกันนัก

สำหรับพฤติกรรมของพ่อแม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่มีส่วนอยู่ในระยะลังเลใจ และทดลองสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนการสูบบุหรี่ในระยะอื่นๆมีส่วนพอกัน กลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่และไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่อยู่ในระยะต่างๆ ใกล้เคียงกัน

สำหรับปัจจัยด้านความผูกพันกับครอบครัวและโรงเรียน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวและโรงเรียนค่อนข้างน้อยมีส่วนการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่ตั้งแต่ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ทดลองสูบบุหรี่ ตามโอกาส และสูบบุหรี่ประจำสูงกว่า กลุ่มที่มีความผูกพันกับครอบครัวและโรงเรียนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในระยะสูบบุหรี่ประจำจะพบสัดส่วนสูงกว่าประมาณ 5 เท่า

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาและระยะการสูบบุหรี่ (n = 800)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระยะการสูบบุหรี่				
	มั่นใจ ไม่สูบบุหรี่	ลังเล	ทดลองสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ตามโอกาส	สูบบุหรี่ประจำ
	n= 430 (ร้อยละ)	n= 70 (ร้อยละ)	n=103 (ร้อยละ)	n=126 (ร้อยละ)	n=71 (ร้อยละ)
เพศ					
หญิง	70.0	8.3	11.5	9.5	0.7
ชาย	36.7	9.2	14.4	22.3	17.4
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน					
>= 3.00	73.1	7.3	8.3	7.9	3.4
< 3.00	40.4	9.7	16.1	21.1	12.7
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ค่อนข้างสูง	61.3	7.3	10.4	14.4	6.6
ค่อนข้างต่ำ	47.8	9.8	14.8	16.8	10.8
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่					
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	73.7	7.0	11.1	7.7	0.5
ค่อนข้างเห็นด้วย	29.3	10.9	15.0	25.6	19.2
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว					
ไม่มีเงินเหลือเก็บ	54.0	8.6	13.4	15.5	8.5
มีเงินเหลือเก็บ	53.5	8.9	12.4	16.0	9.2

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระยะการสูบบุหรี่				
	มั่นใจไม่สูบ	ลังเล	ทดลองสูบ	สูบตามโอกาส	สูบประจำ
	n= 430 (ร้อยละ)	n= 70 (ร้อยละ)	n=103 (ร้อยละ)	n=126 (ร้อยละ)	n=71 (ร้อยละ)
การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท					
ไม่สูบ	79.0	8.5	8.2	3.3	1.0
สูบ	38.2	8.9	15.8	23.4	13.7
การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่					
ไม่ถูกชักชวน	74.0	9.4	6.6	7.8	2.2
ถูกชักชวน	20.3	7.6	23.3	28.9	19.9
การคาดการณ์การสูบบุหรี่					
ใกล้เคียงกับความเป็นจริง	65.6	8.8	8.4	13.2	4.0
สูงกว่าความเป็นจริง	49.0	8.7	14.7	16.8	10.8
การสูบบุหรี่ของพ่อแม่					
ไม่สูบ	56.1	7.4	9.9	15.9	10.6
สูบ	51.0	10.4	16.3	15.5	6.8
การยอมรับการสูบบุหรี่					
ของพ่อแม่	58.5	9.7	11.8	13.1	6.9
ไม่ยอมรับ	46.9	7.4	14.4	19.6	11.7
ยอมรับ					
ความผูกพันกับครอบครัว					
ค่อนข้างมาก	64.9	7.7	12.1	12.1	3.2
ค่อนข้างน้อย	42.3	9.9	13.7	19.5	14.6
ความผูกพันกับโรงเรียน					
ค่อนข้างมาก	64.7	7.9	11.9	11.7	3.8
ค่อนข้างน้อย	43.1	9.6	13.8	19.7	13.8

ตารางที่ 8 นำเสนอผลการศึกษาระดับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะตั้งใจ ระยะทดลองสูบ สูบตามโอกาส และระยะสูบประจำ กับระยะมันใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ดังนี้

#### ระยะตั้งใจที่จะสูบ

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ ได้แก่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้สูบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทศนคติไปในทางเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะตั้งใจที่จะสูบเป็น 2.89 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI = 1.65-5.11) และกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะตั้งใจที่จะสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (95% CI = 1.07-3 .79)

#### ระยะทดลองสูบ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบ และการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำกว่า 3.00 มีโอกาสที่จะทดลองสูบเป็น 2 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงกว่าหรือเท่ากับ 3.00 (95%CI= 1.17-3.46) กลุ่มตัวอย่างที่มีทศนคติค่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่เป็น 2.34 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI = 1.37-3.97) กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบถึง 9 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ (95% CI = 5.24-16.22) และกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะทดลองสูบ 1.74 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI = 1.05-2.89)

#### ระยะสูบตามโอกาส

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ตามโอกาส ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การถูกชักชวนให้สูบ และการยอมรับการสูบของพ่อแม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่า 3.00 มีโอกาสสูบบุหรี่ตามโอกาสคิดเป็น 2.18 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าหรือเท่ากับ 3.00 (95%CI= 1.25-3.81) กลุ่มตัวอย่างที่มีทศนคติไปในทางเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ตามโอกาสเป็น 4.5 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI = 2.62-7.68) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงสูบตามโอกาสประมาณ 4 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (95% CI = 1.83-8.43) กลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบตามโอกาสเป็น 7 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ (95% CI = 3.96-11.66) และกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่เสี่ยงที่จะสูบตามโอกาสประมาณ 1.7 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ (95% CI = 1.05-2.79)

### ระยะสูบประจำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ประจำ ได้แก่ เพศ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ความผูกพันของครอบครัว และความผูกพันกับโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีโอกาสมิ่พฤติกรรมสูบบุหรี่ประจำประมาณ 16 เท่าของเพศหญิง (95% CI = 4.33-55.88) กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติค่อนข้างเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีโอกาเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำถึง 39 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI = 8.79-172.11) กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาเสี่ยงที่สูบเป็นประจำเป็น 16 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (95% CI = 6.95-37.93) กลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่เสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำ 2 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ (95% CI = 1.04-4.03) กลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวค่อนข้างน้อยมีโอกาเสี่ยงที่จะสูบเป็นประจำประมาณ 3 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวค่อนข้างมาก (95% CI = 1.28-6.41 ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับโรงเรียนค่อนข้างน้อยเสี่ยงที่จะสูบประจำ 2.5 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวค่อนข้างมาก (95% CI = 1.13-5.48)

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการคาดการณ์การสูบไม่มีความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ดังแสดงในรายละเอียดในตารางที่ 8 ต่อไปนี้

ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระยะเวลาสูบบุหรี่ (n = 800)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระยะเวลาของการสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่®			
	ไม่สูบบุหรี่-ถึงเลใจ OR <sub>ij</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่-ทดลอง OR <sub>ij</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่-สูบบุหรี่ตาม โอกาสOR <sub>ij</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่- สูบบุหรี่ประจำ OR <sub>ij</sub> (95% CI)
เพศ				
หญิง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ชาย	1.53(0.86-2.73)	1.14(0.67-1.94)	1.52 (0.88-2.60)	15.55***(4.33-55.88)
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน				
≥ 3.00 <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
< 3.00	1.66(0.94-2.94)	2.02*(1.17-3.46)	2.18 **(1.25-3.81)	2.27 (0.95-5.45)
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง				
ค่อนข้างสูง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ค่อนข้างต่ำ	1.32(0.75-2.34)	1.39(0.82-2.35)	0.95 (0.56-1.59)	0.98 (0.48-2.02)
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่				
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ค่อนข้างเห็นด้วย	2.89***(1.65-5.11)	2.34**(1.37-3.97)	4.49***(2.62-7.68)	38.89***(8.79-172.11)
สถานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว				
ไม่มีเงินเหลือเก็บ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
มีเงินเหลือเก็บ	1.33(0.77-2.30)	1.42(0.86-2.36)	1.48(0.89-2.45)	1.66(0.84-3.29)
การสูบบุหรี่ของเพื่อน				
ไม่สูบบุหรี่ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
สูบบุหรี่	1.07 (0.57-1.98)	1.12(0.61-2.08)	3.93***(1.83-8.43)	1.33(0.33-5.36)
การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่				
ไม่ถูกชักชวน <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ถูกชักชวน	2.01*(1.07-3.79)	9.22***(5.24-16.22)	6.79***(3.96-11.66)	16.23***(6.95-37.93)
การคาดการณการสูบบุหรี่				
ใกล้เคียงความเป็นจริง <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
สูงกว่าความเป็นจริง	1.05(0.57-1.91)	1.61(0.87-2.96)	0.93(0.53-1.66)	1.94(0.77-4.81)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระยะของการสูบบุหรี่			
	ไม่สูบบุหรี่-ตั้งใจ OR <sub>aj</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่-ทดลอง OR <sub>aj</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่-สูบบุหรี่ตามโอกาส OR <sub>aj</sub> (95%CI)	ไม่สูบบุหรี่-สูบบุหรี่ประจำ OR <sub>aj</sub> (95%CI)
การสูบบุหรี่ของพ่อแม่				
ไม่สูบบุหรี่ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
สูบบุหรี่	1.71(0.99-2.96)	1.74*(1.05-2.89)	1.09(0.66-1.81)	0.83(0.41-1.68)
การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่				
ไม่ยอมรับ <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ยอมรับ	0.83(0.47-1.44)	1.40(0.85-2.29)	1.71*(1.05-2.79)	2.05*(1.04-4.03)
ความผูกพันกับครอบครัว				
ค่อนข้างมาก <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ค่อนข้างน้อย	1.32(0.73-2.37)	1.05(0.62-1.79)	1.25 (0.73-2.13)	2.87*(1.28-6.41)
ความผูกพันกับโรงเรียน				
ค่อนข้างมาก <sup>(R)</sup>	1.00	1.00	1.00	1.00
ค่อนข้างน้อย	1.14(0.64-2.04)	1.08(0.64-1.83)	1.48(0.87-2.53)	2.48*(1.13-5.48)

<sup>(R)</sup> Reference group OR<sub>aj</sub> = Adjusted OR \*p < 0.05 \*\*p < 0.01 \*\*\*p < 0.001



## แบบแผนการสูบบุหรี่

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน จำนวน 197 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของเพศชายนิยมสูบบุหรี่กรองทิพย์ ในขณะที่เพศหญิงเกือบร้อยละ 50 นิยมสูบบุหรี่สายฝน เพศชายมีเหตุผลในเลือกสูบบุหรี่โดยคำนึงถึงรสชาติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.8 ในขณะที่เพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70 ไม่มีเหตุผลในการเลือก สำหรับปริมาณการสูบบุหรี่ เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง คือกลุ่มตัวอย่างเพศชายประมาณร้อยละ 56 สูบ 1-2 มวนต่อวัน รองลงมาร้อยละ 29.3 สูบ 3-5 มวนต่อวัน ในขณะที่เพศหญิงนั้นทุกคนสูบบุหรี่เพียง 1-2 มวนต่อวัน สำหรับเวลาที่สูบส่วนใหญ่ทั้งในเพศชายและหญิงสูบไม่เป็นเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการที่จะสูบ สถานที่สูบบุหรี่ที่เพศหญิงเกือบร้อยละ 50 ใช้สูบคือบ้านเพื่อน รองลงมาประมาณร้อยละ 35.7 สูบที่บ้านญาติ/บ้านตนเอง ในขณะที่เพศชายสูบที่บ้านเพื่อน และที่โรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 28.4 และ 23.9 รองลงมาสูบที่บ้านญาติ/ บ้านตนเอง ร้านอาหาร/ สถานบันเทิง แหล่งท่องเที่ยว และสูบทั่วไปทุกที่ คิดเป็นร้อยละ 19.4, 11.9, 8.9 และ 7.5 ตามลำดับ ส่วนโอกาสหรือสถานการณ์ที่สูบในผู้หญิงส่วนใหญ่เพราะเครียด/อยู่คนเดียวถึงร้อยละ 61.5 รองลงมาร้อยละ 28.8 เพื่อนชวนกันสูบ ส่วนในเพศชายนั้นมักสูบเมื่อเพื่อนชวนกันสูบบรร้อยละ 34.1 รองลงมาสูบเมื่อเข้าสังคม/เลี้ยงฉลอง เมื่อเครียด/อยู่คนเดียว และไม่มีโอกาสพิเศษใดๆนี้ก็อยากสูบเอง คิดเป็นร้อยละ 31.8, 22.7 และ 11.4 ตามลำดับ สำหรับวิธีการได้บุหรืมาสูบส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 ในเพศหญิงคือเพื่อนให้ ร้อยละ 80 ในเพศชายคือซื้อเองจากร้านค้า ดังรายละเอียดในตารางที่ 9 ต่อไปนี้

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำแนกตามแบบแผนการสูบบุหรี่และเพศ (n = 197)

แบบแผนการสูบบุหรี่	เพศ		
	หญิง (n=42)	ชาย (n=155)	รวม
ประเภทของบุหรี่ที่ชอบสูบ			
กรองทิพย์	33.4	63.9	57.4
สายฝน	47.6	16.1	22.8
มาร์คโพล	9.5	9.0	9.1
อื่นๆ	9.5	11.0	10.7
เหตุผลสำคัญในการเลือกชนิดบุหรี่			
รสชาติดี	14.3	34.8	33.3
ราคาถูก	0.0	6.7	6.3
หาซื้อง่าย	14.3	13.5	13.5
ฤทธิ์อ่อน	0.0	5.6	5.2
ฤทธิ์แรง	0.0	13.5	12.5
ไม่มีเหตุผล	71.4	25.9	29.2
ปริมาณที่สูบแต่ละวัน			
1-2 มวน	100.0	56.3	65.5
3-5 มวน	0.0	29.3	22.8
6-10 มวน	0.0	10.0	8.1
มากกว่า 10 มวน	0.0	4.4	3.6
เวลาที่สูบส่วนใหญ่			
หลังอาหารเช้า	0.0	10.5	10.0
หลังอาหารกลางวัน	0.0	14.9	14.3
หลังอาหารเย็น	0.0	1.5	1.4
ก่อนนอน	0.0	1.5	1.4
หลังอาหารทุกมื้อ	0.0	2.9	2.9
ไม่เป็นเวลาแล้วแต่ความต้องการ	100.0	68.7	70.0

ตารางที่ 9 (ต่อ)

แบบแผนการสูบ	เพศ		รวม
	หญิง (n=42)	ชาย (n=155)	
สถานที่ที่นิยมสูบ			
บ้านเพื่อน	47.6	28.4	35.8
บ้านญาติพี่น้อง/ บ้านตนเอง	35.7	19.4	25.7
โรงเรียน	0.0	23.9	14.7
ร้านอาหาร/ สถานบันเทิง	11.9	11.9	11.9
แหล่งท่องเที่ยว	4.8	8.9	7.3
สูบทุกที่	0.0	7.5	4.6
โอกาส/สถานการณ์ส่วนใหญ่ที่ทำให้สูบ			
เพื่อนชวนกันสูบ	28.8	34.1	32.1
เข้าสังคม/เลี้ยงฉลอง	9.7	31.8	23.6
เครียด อยู่คนเดียว	61.5	22.7	37.1
ไม่มีโอกาส/นึกอยากสูบ	0.0	11.4	7.2
วิธีการได้บุหรี่ยาสูบ			
ซื้อเองจากร้านค้า	33.3	80.7	78.6
เพื่อนให้	66.7	13.4	15.7
แชร์กับเพื่อน	0.0	2.9	2.9
ญาติให้/หยิบจากที่บ้าน	0.0	3.0	2.8

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของไทยเนื่องจากอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นในขณะที่ประชากรกลุ่มอื่นมีแนวโน้มลดลง การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม การวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาในวัยรุ่นไทยทั้งหมดหญิงและชายอายุระหว่าง 13- 21 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) ในสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐบาลและเอกชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงของ ไทย จำนวน 800 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ ลำดับชั้นการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละลำดับชั้นของการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อเกิดความรู้ความเข้าใจถึงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นต่อไป ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงพบว่า วัยรุ่นที่ศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 75.3 โดยมีอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 14.1 ปี

2. ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่อยู่ในระยะแรกของการสูบบุหรี่ (early smoking stages) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.7) มีการสูบบุหรี่อยู่ในระยะมันใจที่จะไม่สูบบุหรี่ รองลงมา ร้อยละ 15.8 อยู่ในระยะสูตามโอกาส ร้อยละ 12.8 อยู่ในระยะทดลองสูบ และร้อยละ 8.8 อยู่ในระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ สำหรับการสูบบุหรี่ในระยะหลัง (late smoking stages) พบประมาณร้อยละ 9 โดยมีการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 1.5 และคิดนุหรี่ร้อยละ 7.4

เมื่อเปรียบเทียบลำดับชั้นการสูบบุหรี่ระหว่างวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง พบว่าวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่ในระยะต่างๆเกือบทั้งหมดสูงกว่าวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ในระยะสูตามโอกาสและระยะสูประจำ โดยเพศชายมีการสูบบุหรี่ในระยะมันใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ระยะทดลองสูบ ระยะสูตามโอกาสและระยะสูประจำคิดเป็น ร้อยละ 36.7, 9.2, 14.4, 22.3 และ

17.4 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงมีการสูบบุหรี่ในระยะเวลาต่างๆดังกล่าวคิดเป็น ร้อยละ 70, 8.3, 11.5, 9.5 และ 0.7 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของลำดับขั้นการสูบบุหรี่ มีดังต่อไปนี้
  - 3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ ได้แก่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่
  - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะทดลองสูบบุหรี่ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของพ่อแม่
  - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะสูบทตามโอกาส ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และการยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่
  - 3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะสูบประจำ/ติดบุหรี่ ได้แก่ เพศ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ความผูกพันกับครอบครัวและความผูกพันกับโรงเรียน

### อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) ในสถาบันการศึกษาของรัฐบาลและเอกชนซึ่งส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย มีอายุเฉลี่ย 16.94 มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาของปริยาพร ชูเอียด และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) มากกว่าหนึ่งเท่าตัว โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 56.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าการศึกษาของปริยาพร ชูเอียดและนรลักษณ์ เอื้อกิจ จะทำการศึกษาในเด็กวัยรุ่นทั้งชายและหญิงที่มีอายุเฉลี่ยเท่ากันคือ 17 ปี และเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้แต่การศึกษาดังกล่าวศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นเขตภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันและสูบประจำสูงกว่าภาคอื่นๆของประเทศไทย (ศจย., 2551) และเป็นการศึกษาเฉพาะนักศึกษาสังกัดอาชีวศึกษาเท่านั้นมิได้ศึกษาในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาด้วย จึงทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่า แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า อัตราการ

สูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออก สูงกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำการสำรวจประชากรทั่วประเทศไทยเมื่อไม่นานมานี้ในปี พ.ศ. 2550 ที่พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-18 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่ 7.3 และวัยรุ่นอายุ 19-24 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่ 21.3 (ศจย. 2551) นี้อย่อมแสดงให้เห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษายังพบว่า วัยรุ่นเพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่าตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตจำนวนมากที่ยืนยันว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนการสูบบุหรี่ในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตรและวรชัย ทองไทย (2550) ซึ่งเป็นโครงการเฝ้าระวังทางประชากรจังหวัดกาญจนบุรีในปี พ.ศ. 2549 รายงานว่าวัยรุ่นอายุ 15-18 ปีเพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงประมาณ 28 เท่า และการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีเดียวกัน พบว่าเพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงประมาณ 19 เท่า (ศจย. 2551) เมื่อพิจารณาการสูบบุหรี่อย่างละเอียดตามลำดับขั้นของการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่อยู่ในระยะต้นของการสูบบุหรี่ (early smoking stages) แต่เป็นที่น่าสนใจว่ามีการสูบบุหรี่ในระยะท้ายของการสูบบุหรี่ (early smoking stages) คือ การสูบบุหรี่ประจำและติดบุหรี่ ประมาณร้อยละ 9 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเล็กน้อยที่พบว่าวัยรุ่นไทยทั่วประเทศมีการสูบบุหรี่ประจำคิดเป็นร้อยละ 5.03 (ศจย. 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายมีลำดับขั้นการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าเพศหญิง โดยในวัยรุ่นชายมีการสูบบุหรี่ตามโอกาสมากกว่าเพศหญิง 2.3 เท่า และสูบบุหรี่เป็นประจำ/ติดบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 24.8 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของชูชัยและคณะ (2540) ในเยาวชนไทยอายุ 15 ปีที่พบว่าเยาวชนชายมีการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวสูงกว่าเยาวชนหญิง 6 เท่าและสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าเยาวชนหญิง 13.3 เท่า ในทำนองเดียวกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าวัยรุ่นชายมีการสูบบุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 9.86 ในขณะที่วัยรุ่นหญิงมีการสูบบุหรี่เป็นประจำเพียงร้อยละ 0.10 (ศจย. 2551)

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางที่ 9 ซึ่งแสดงรายละเอียดแบบแผนการสูบบุหรี่ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ส่วนใหญ่วัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เครียดหรือขณะอยู่คนเดียว ในขณะที่เพศชายมักสูบบุหรี่เมื่อมีการชักชวนกันสูบและเมื่อเข้าสังคมเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้เพศชายส่วนใหญ่ยังมักหาซื้อบุหรี่เองจากร้านค้าเองเมื่อมีความต้องการสูบบุหรี่ ในขณะที่เพศหญิงมักใช้วิธีการขอจากเพื่อนจึงทำให้ผู้ชายมีโอกาสเข้าถึงการสูบบุหรี่ได้ง่ายกว่า

จากผลการศึกษาวิจัยเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่อายุเฉลี่ย 14.1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาล่าสุดของปรียาพร ชูเอียด และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่พบว่าวัยรุ่นเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่ที่อายุ 14.12 ปี และเมื่อนำผลการศึกษาเปรียบเทียบกับผลการรวบรวมข้อมูลการเริ่มต้นสูบบุหรี่ของประเทศไทยทั่วประเทศนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2550 พบว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ พ.ศ. 2534 เท่ากับ 19.03 ปี และลดลงเป็น 18.67 ปีในปีพ.ศ. 2550 (ศจย, 2551) จะเห็นได้ว่าอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แนวโน้มดังกล่าวเป็นเรื่องที่น่าวิตกกังวลเนื่องจากการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่อายุน้อยลงจะทำให้มีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต (Alvarado & Breslau, 2005) และการเลิกสูบบุหรี่ก็มีความเป็นไปได้ยากขึ้น (Ellickson, et al., 2001)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่มีหลายปัจจัยซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay & Petraitis, 1994; Petraitis et al., 1995) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่ โดยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดเนื่องจากพบในทุกระยะของการสูบบุหรี่ ซึ่งจะได้กล่าวถึงปัจจัยต่างๆดังกล่าวดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่พบในทุกระยะของการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในระยะสูบทตาม โอกาสและสูบประจำ โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติก่อนข้างเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่อยู่ในระยะดังกล่าวมากกว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติก่อนข้างไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่หลายเท่าตัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับทุกระยะของการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน การศึกษาของ Flay และคณะ (Flay et al., 1998) ที่พบว่าความคาดหวังผลจากการสูบบุหรี่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในระยะสูบบางครั้งได้ Robinson และคณะ(1997) พบว่าวัยรุ่นที่รับรู้ในคุณค่าของการสูบบุหรี่มากมีโอกาที่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ตาม โอกาสมากกว่าวัยรุ่นที่รับรู้คุณค่าของการสูบบุหรี่น้อยกว่า Smith และ Stuttz (1999) พบว่ากลุ่มที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่เป็นประจำมีความเชื่อในประโยชน์ของการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ และมีการศึกษาอื่นๆ อีกจำนวนมากทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ยืนยันอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ชานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2543; นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2538; บุศยาณ ป้อมเพชร, 2539; Herbert & Schiaffino, 2007; Zhang et al., 2000) ผลการศึกษานับสนุนความเชื่อตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein, 1980) และ

ทฤษฎีการกระทำตามแผน ( Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมเกิดจากการความตั้งใจของบุคคลโดยความตั้งใจดังกล่าวถูกกำหนดโดยทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นวัยรุ่นที่สูบบุหรี่จึงยอมรับรู้ถึงผลในเชิงลบจากการสูบบุหรี่น้อยกว่าแต่รับรู้ผลในเชิงบวกจากการสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ และเนื่องจากทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ตรงของบุคคลมากกว่าประสบการณ์ทางอ้อม (Weber, 1992) ดังนั้นวัยรุ่นได้มีโอกาสทดลองสูบบุหรี่แล้วย่อมมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ตามโอกาสย่อมมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าวัยรุ่นที่ทดลองสูบบุหรี่ และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เป็นประจำย่อมมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ดีกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ตามโอกาส ทัศนคติจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

จากข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันให้เห็นว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีความเชื่อในทางบวกต่อการสูบบุหรี่ โดยเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เท่ ทันสมัย แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นลูกผู้ชาย ช่วยผ่อนคลายความเครียด และได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ดังตัวอย่าง

“เครียดเวลาคร่ำ เลยทิ้งบุหรี่เพราะมันช่วยลดความเครียดและทำให้มีเพื่อน ” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

“ บุหรี่สำคัญสำหรับผู้ชาย มันเท่ ผู้ชายต้องเสี่ยเรื่องบุหรี่ เพราะผู้หญิงบางคนชอบผู้ชายดูนุหรี่ ทำทางการดู การพ่นนุหรี่” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“เหมือนมันเท่ มีเพื่อนเยอะเวลาดูแล้วสาวเดินผ่านมา เราดูนุหรี่...เราโตแล้ว พ่นใส่หน้าสาว ๆ”  
(ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ผู้หญิงที่สูบกก็เพราะว่ามันเท่ ดูแรงดี” (ผู้หญิง, มัธยมศึกษา)

### การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่

วัยรุ่นที่ถูกชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ในระยะต่างๆ มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อาทิเช่นการศึกษาของ Flay และคณะ (1998) ที่พบว่าการถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการสูบบุหรี่ในระยะทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ตามโอกาส Zhu และคณะ (1996) พบว่าวัยรุ่นที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตามโอกาสและสูบบุหรี่ประจำมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พบว่าการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ตามโอกาส นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Eckhardt et al., 1994; Jackson, 1997; Simons-Morton et al., 1999; Smith & Stutts, 1999)



การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นอิทธิพลจากเพื่อน โดยตรงที่ส่งผลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Urberg et al., 1990) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ณ สถานการณ์ขณะนั้น ทำให้วัยรุ่นไม่มีโอกาสคิดพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบถึงผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ (Kremers et al., 2004) การถูกเพื่อนชักชวนหรือทำให้สูบบุหรี่ทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่สูบ เพื่อได้รับการยอมรับ (Simon-Morton, 2001) การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวัยรุ่นเพราะการไม่เป็นที่ยอมรับจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกสูญเสียความเป็นเพื่อน ถูกโดดเดี่ยว และสูญเสียความเป็นตัวตนในที่สุด (Gordon, 1986) การสูบบุหรี่ยังมีคุณสมบัติคล้ายเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ได้เร็วขึ้น รวมทั้งการพัฒนาสัมพันธภาพและการเข้าสังคมในกลุ่มเพื่อน ได้ดียิ่งขึ้นด้วย (Zhung et al., 2000) การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่จึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การชักชวนของเพื่อนที่เป็นไปในลักษณะของการท้าทาย การกดดัน และเชิญชวนให้สูบบุหรี่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน สะท้อนให้เห็นถึงความยากลำบากของวัยรุ่นในการปฏิเสธเพื่อนได้ ดังตัวอย่าง

“เพื่อนเค้าชวน...ถ้ามันไม่ดูคืองี้ไปกับพวกกูไม่ได้...มันต้องลอง ไม่ลองไม่รู้” (ผู้ชาย อาชีวศึกษา)

“เพื่อนชวนบ่อยๆ...ชักจูงกันไป บางคนอาจจะไม่ได้อยากลอง ก็ต้องลอง เพื่อนกันก็ชักจูงกันไป เพื่อนชวนกันต่อไป มันก็เลยสูบกัน ” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

“เวลาเพื่อนมาชวนมักจะถามเชิงทำๆ ว่า ใจ(กล้า) ป่าว” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

“เพื่อนมันทำ....ว่าจะลองหรือเปล่า ตอนนั้นเพิ่งย้ายมาอยู่ปวช.1 เป็นเด็กต่างจังหวัด ไม่มีพรรคพวกก็คิดจะหาพรรคพวกไว้ก่อน เวลาเมื่อไรจะได้ช่วยเราได้” (ผู้ชาย อาชีวศึกษา)

## เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (จรรยา เศรษฐบุตรและวรชัย ทองไทย, 2550; ปรียาพร ชูเอียด และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550; ศรีธัญญา เบญจกุลและคณะ, 2550; Kristjansson et al., 2010; Mowery et al., 2004) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการสูบบุหรี่ในระยะเวลาต่างๆก็พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เฉพาะในระยะสูบบุหรี่ประจำเท่านั้น กล่าวคือเพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าเพศหญิง แต่การสูบบุหรี่ในระยะอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากโดยธรรมชาติของเพศชายที่ชอบเสี่ยง ชอบความท้าทายและลักษณะของสังคมไทยก็เปิดโอกาสให้เพศชายได้เรียนรู้สิ่งต่างๆมากกว่าเพศหญิง (จรรยา เศรษฐบุตรและวรชัย ทองไทย, 2550)

ในทางตรงข้ามเพศหญิงมีความตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพและความสวยงามมากกว่าเพศชาย เช่นกลิ่นเหม็นของบุหรี่ การเปลี่ยนสีของเล็บและฟันจากการสูบบุหรี่ การเป็นพฤติกรรมที่น่ารังเกียจสำหรับคนอื่น (Schneider, Loeber, Janben, Roehrig, & Solle, 2009) นอกจากนี้สังคมไทยเองก็คาดหวังให้เพศหญิงมีพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคม การสูบบุหรี่ในเพศหญิงจึงเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง ไม่ได้ได้รับการยอมรับและถูกตำหนิว่าไม่เป็นกุลสตรีที่ดีและอาจถูกมองไปในทางที่เสื่อมเสียเช่น การใช้สารเสพติดชนิดอื่นหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศร่วมด้วย ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้วัยรุ่นหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าวัยรุ่นชายหลายเท่าตัว สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นว่าค่านิยมในสังคมไทยยังไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ในเพศหญิง มองว่าการสูบบุหรี่ในเพศหญิงเป็นเรื่องเสียหายแต่เปิดโอกาสให้เพศชายมีพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่า ดังตัวอย่าง

“ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ ดูไม่ดีเลยเห็นแล้วรู้สึกแย่มาก ให้เอาเป็นแฟนไม่เอาแน่” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

“ผู้หญิงที่สูบบุหรี่นี้ ส่วนใหญ่จะเป็นพวกที่เกเร ทอมๆแรงๆเท่านั้น ผู้หญิงดีๆเค้าคงไม่ทำกัน ถ้าทำก็ต้องถูกมองว่าง่ายด้วย อาจจะขายตัวด้วย” (ผู้หญิง, มัธยมศึกษา)

“สูบบุหรี่ในผู้ชายมันก็ยิ่งดูธรรมดา เขาก็อยากเท่ อยากรวดหญิงอย่างเนี่ย แต่ถ้าผู้หญิงสูบบุหรี่มันต้องผู้หญิงไม่ดีอยู่แล้ว” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

จากข้อมูลเรื่องแบบแผนการสูบบุหรี่ระหว่างเพศชายและหญิงยังพบว่า มีความแตกต่างกันโดยเพศชายสูบในปริมาณที่มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้การเลือกประเภทของบุหรี่ เหตุผลในการเลือกยังมีความแตกต่างกันด้วย ดังตัวอย่าง

“ชอบสูบสายฝนมันเย็นๆ คอ...คนที่ไม่สูบจะมีกลิ่นคล้าย ๆ กินเหล้า” (ผู้หญิง, อาชีวศึกษา)

“ดูครองทิพย์ มันดีกว่าสายฝน ครองทิพย์ดูแล้วเหมือนอิมข้าว สายฝนดูแล้วเหมือนกินขนม”  
(ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ดูครองทิพย์มาตลอด มันแรง แบบว่าสายฝนผมไม่ชอบของเย็นๆ” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

### ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

วัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำมีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ตามโอกาสมากกว่าวัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยสูงกว่า เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ก็พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ทั้งในระยะ

ทดลองดูและระยะดูตามโอกาส การศึกษาของ Dusenbury และคณะ (1992) พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำกว่าเสี่ยงที่จะทดลองดูบุหรี่และเป็นผู้ดูบุหรี่ในปัจจุบันมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนสูง นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาอื่นๆที่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมการดูบุหรี่ (บุศยา ฅ ป้อมเพชร, 2539; ศุภวงศ์ และคณะ, 2540; Soldz & Cui, 2001; Olds & Thombs, 2001; Shamsuddin & Abdul Haris, 2000) ทั้งนี้เนื่องมาจากวัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำอาจมีข้อจำกัดทางระบบจิตประสาท เช่น การมีสมาธิสั้น ไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการเรียนได้นาน วัยรุ่นเหล่านี้จึงมีโอกาสเบี่ยงเบนไปสนใจการดูบุหรี่ได้ง่ายกว่า (Miberger et al., 1997) หรือหากจะอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (social control theory) ได้ว่าการที่วัยรุ่นมีผลการเรียนไม่ดีทำให้เกิดความเครียด ไร้สับสน ไม่พึงพอใจกับผลการเรียนดังกล่าว จึงมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมในลักษณะต่อต้านไม่เป็นตามความคาดหวังของสังคม (Ettiott, Huizinga, & Menard, 1989 cited in Patraitis et al., 1995) ดังนั้นวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมักโดดเรียนและแสวงหากลุ่มเพื่อนที่ตนสามารถใช้เวลาส่วนใหญ่สังสรรค์เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันได้ ในทางตรงกันข้ามวัยรุ่นที่มีผลการเรียนดีมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการเรียน และการแสวงหาความรู้ต่างๆทำให้มีโอกาเสี่ยงที่จะมีประสบการณ์การดูบุรียลดลง ดังนั้นเพื่อการป้องกันการดูบุหรี่ในวัยรุ่นจึงควรให้ความสนใจกับวัยรุ่นที่มีผลการเรียนต่ำเป็นพิเศษ

#### การดูบุหรี่ของเพื่อนสนิท

การดูบุหรี่ของเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับการดูบุหรี่ในระยะดูตามโอกาส สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทดูบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะดูบุรียตามโอกาสมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีเพื่อนที่ดู การศึกษาของ Flay และคณะ (1998) ก็พบว่าการดูบุรียของเพื่อนสามารถทำนายการดูบุรียของวัยรุ่นชายในระยะดูบางครั้งได้ ด้วย นอกจากนี้ยังสามารถทำนายการเลื่อนระยะการดูจากระยะทดลองดูไปสู่ระยะดูบางครั้งได้ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Lloyd-Richardson และคณะ (2002) ที่พบว่าการมีเพื่อนที่ดูบุรียเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่สามารถทำนายการเลื่อนระยะการดูบุรียจากระยะทดลองดูเป็นดูเป็นพักๆ และจากระยะดูเป็นพักๆเป็นระยะดูประจำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกจำนวนมากที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพื่อนสนิทที่ดูบุรียและพฤติกรรมการดูบุรีย (บุษบา สงวนประสิทธิ์ ลักษณะ เตมศิริกุลชัย และ อรนุช พาชื่น, 2549; ปรียาพร ชูเอียด และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550; Hoffinan et al., 2007; Huang et al., 2005; Kristjansson et al., 2010 ; Ma et al., 2008) ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) บุคคลที่มีนัยสำคัญโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งเพื่อนสนิทย่อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นเนื่องจากการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทจะเป็นต้นแบบที่กระตุ้นให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องของวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากโดยธรรมชาติของวัยรุ่นย่อมต้องการคบกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกับตนเอง เมื่อวัยรุ่นสูบบุหรี่และอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่จะได้รับอิทธิพลของกลุ่มทำให้มีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Urberg et al., 2003)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อวัยรุ่นเห็นเพื่อนสูบ ทำให้มีความรู้สึก อยากทดลอง อยากทำตามให้ได้อย่างเพื่อน ดังตัวอย่าง

“ดูตามเพื่อน เห็นเค้าสูบก็นึกอยากซื้อมาสูบเองเลย หัดเองไม่มีใครสอน...สูบกับเพื่อน” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ไม่มีใครชวนครับ ตามเพื่อน เพื่อนมันสูดก็อยากสูด.....ลองดู” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

### การสูบบุหรี่ของพ่อแม่

การสูบบุหรี่ของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการทดลองสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) ที่พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ และการศึกษาของ Jackson และ Henriksen (1997) ที่พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่และเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่ การศึกษาอื่นๆทั้งในประเทศและต่างประเทศก็พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของพ่อแม่และพฤติกรรมสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน (จรรยา เศรษฐบุตร และ วรชัย ทองไทย, 2550; จิตทิพย์ ยิ้มพลอย, 2543; ศรีญา เบญจกุลและคณะ, 2550; Ashley et al., 2008; Frohlich et al., 2002; Johnson et al., 2002; Kristjansson et al., 2010; Shamsuddin & Abdul Hari, 2000) ทั้งนี้อาจอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1997, 1986) ได้ว่าการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ซึ่งเป็นบุคคลที่เคารพทำให้เด็กรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับและตนก็สามารถทำได้เช่นเดียวกัน และการเติบโตมาในครอบครัวที่พ่อแม่สูบบุหรี่ยังทำให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้โดยไม่รู้ตัวเกี่ยวกับวิธีการสูบบุหรี่ เช่นวิธีการจุดบุหรี่ วิธีพันควันบุหรี่ วิธีการทิ้งเถ้าบุหรี่ (Darling & Cumsille, 2003) อีกด้วย วัยรุ่นที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะทดลองสูบบุหรี่ได้มากกว่า จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ในครอบครัว เป็นต้นแบบให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบ รู้สึกคุ้นเคย และยังทำให้มีโอกาสเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ดังตัวอย่าง

- “โตมาผมก็เอาพ่อเป็นต้นแบบมาตั้งแต่จำความได้ เห็นเค้ากินเหล้าดูบุหรี่...ตอนอยู่ประถมก็บอกตัวเองว่าต้นแบบไม่ดี ไม่ควรเอาอย่างสอนตัวเอง โตขึ้นก็เป็นแบบนี้เอาทุกอย่าง” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)
- “พ่อสูบก็นิวนูหรือวางอยู่ในบ้าน ผมก็เลยแอบขโมยมาทดลองสูบ...เค้า (พ่อแม่) ไม่รู้” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)
- “เห็นพ่อยังสูบเลย ได้กลิ่นทุกวันมันก็อยากลองบ้าง” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

### การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่

การยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสูบตาม โอกาสและสูบประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Distefan และคณะ (1998) และการศึกษาของ Flay และคณะ (1998) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ดังกล่าวมีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในระยะสูบประจำ Jackson (1997) พบว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่แล้ว พ่อแม่จะมีการควบคุมไม่ให้สูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ และนักเรียนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่แล้ว พ่อแม่จะมีการควบคุมไม่ให้สูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่ทดลองสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Jackson & Henriksen, 1997; Kristjansson et al., 2009; Sargent & Dalton, 2001; Simons-Morton et al., 2001; Simons-Morton, 2002) การยอมรับหรือไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ มักแสดงออกให้เห็นได้กับรู้ได้จากระดับความเข้มงวดในการควบคุมที่วัยรุ่นต้องเผชิญอยู่ทุกวัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การว่ากล่าว ห้ามปราม และควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ดังตัวอย่าง

- “พ่อแม่ไม่ให้สูบ...พ่อจะคอยห้ามไม่ให้สูบ พ่อบอกว่าถ้าจะสูบต้องทำงานทำการก่อน...ผมเลยไม่กล้าลองอีก” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)
- “พ่อรู้เค้าจะเลย ๆ เวลาแม่ว่า บางครั้งพ่อจะห้ามแม่ไม่ให้ว่า...จะทำไมลูกผู้ชาย ผมเลยสูบได้ในบ้าน” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)
- “พ่อจะคอยห้ามไม่ให้สูบ ห้ามให้เห็นเด็ดขาด....ผมเลยไม่กล้าสูบอีก” (ผู้ชาย, อาชีวอนามัย)
- “ปู่คอยห้ามเรื่องสูบบุหรี่ แต่พ่อไม่เคยเตือน หลัง ๆ เค้าเห็นผมสูบเค้าก็ไม่ว่าอะไร ผมคิดว่าเค้าคงเห็นว่าผมโตแล้ว” (ผู้ชาย, อาชีวอนามัย) (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

อย่างไรก็ตามการว่ากล่าวตักเตือนหรือปฎิบัติการของพ่อแม่อาจไม่มีผลหรือมีผลกระทบบ้างเลย ต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ได้เช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทักษะการสื่อสารของพ่อแม่กับบุตรวัยรุ่น ดัง ตัวอย่าง

“แม่จะชอบพูดบ่นว่า ซ้ำๆ ซากๆ น่ารำคาญ .....ผมเลยลองสูบซะเลย” (ผู้ชาย, อาชีวอนามัย)

“พ่อแม่เค้าทำเกินไป น่าจะพูดด้วยเหตุผลมากกว่า แต่นี่ แรกๆ ที่รู้เค้าก็ยึดทุกอย่างเลยครับ รด ทุกอย่าง ไม่ให้ใช้ เค้าบอกให้เลิก ให้ได้ ถ้าจะสูบต้องทำเงินใช้เอง ทำงานเอง แต่นี่ยังไม่มียายได้ ยังขอเงินพ่อแม่อยู่ จะดูทำไม ผมก็บอกว่า เลิกแล้ว แต่ผมก็แอบดูมาตลอด จนเค้ารู้หนักๆ เข้า ทีนี้เค้าไม่ว่าอะไรแล้ว ผมเลยดูในบ้านเลยทีนี้” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

### ความผูกพันกับครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในระยะ สูบประจำ ในขณะที่การศึกษาของ Van Den Bree และคณะ (2004) พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 12-18 ปี ที่มีสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดีมี โอกาสเสี่ยงที่จะเริ่มต้นสูบบุหรี่ (initiation of experimental smoking) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมามีจำนวนมากขึ้นยืนยันว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับครอบครัวมากมี แนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับครอบครัวน้อย (พรศรี วรรณนระวัลย์, 2541; Foshee & Bauman, 1994; Kandel, 1990; Ledoux et al., 2002; McBride et al., 1995; Oakley et al., 1992) ทั้งนี้เนื่องจากถึงแม้วัยรุ่นจะเป็นช่วงวัยแห่งความแปรปรวน แต่หากพวกเขามีความสัมพันธ์ที่ ใกล้ชิดกับพ่อแม่ สัมพันธภาพดังกล่าวจะเป็นอิทธิพลทางบวกที่ส่งผลต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ใน วัยรุ่น ได้ (Ferguson, 2009)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวที่สะท้อนออกมาจากความรู้สึก ใกล้ชิด ความรัก และความต้องการทำตามความคาดหวังของพ่อแม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใน วัยรุ่น ดังตัวอย่าง

“รักพ่อแม่ไม่อยากให้พ่อแม่เสียใจ ....เลยไม่สูบ” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ไม่ลองอีก แม่เค้าโทรหาผมทุกวัน ถามว่าวันนี้เป็นยังไง ทำอะไรบ้าง แม่เป็นแคดดี้แม่ทำงานหนักต้องตก แคดทุกวัน เหนื่อยกว่าจะหาเงินได้ ไม่อยากทำให้เขาผิดหวังในตัวผม” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ไม่สูบอยู่แล้ว ถ้าพ่อรู้... เค้าคงรับไม่ได้ ไม่อยากให้เค้าเสียใจ ผิดหวังว่าเราทำไมเป็นแบบนี้”

(ผู้หญิง, อาชีวศึกษา)

นอกจากนี้ความผูกพันของครอบครัวยังเปรียบเสมือนเป็นภูมิคุ้มกันที่ช่วยป้องกันมิให้เพื่อนมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ได้ ดังตัวอย่าง

“เพื่อนชวนก็อย่าไปยุ่ง...ก็ปฏิเสธไปเลย นึกถึงที่พ่อแม่เค้าคอยเตือนว่าอย่าไปยุ่ง” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

“เพื่อนมาชวนเหมือนกันแต่ก็ไม่ลอง....คิดถึงแม่มากกว่า เห็นกับแม่มากกว่าเพื่อน ไม่อยากให้เค้าเสียใจ”

(ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

### ความผูกพันกับโรงเรียน

จากการศึกษาพบว่าความผูกพันกับโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในระยะสุบประจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lloyd-Richardson และคณะ (2002) และการศึกษาของ Van Den Bree และคณะ (2004) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับโรงเรียนน้อยมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับโรงเรียนมาก ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Jackson (1997) ที่พบว่าวัยรุ่นที่ทดลองสูบบุหรี่แล้ว มีความคิดเห็นที่ค่อนข้างไม่ดีต่อโรงเรียนมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ ในทำนองเดียวกันวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่มากขึ้น จะมีความคิดเห็นในทางลบต่อโรงเรียนมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนๆที่โรงเรียน หากโรงเรียนมีสิ่งแวดล้อมที่ดี อาทิเช่นครูที่โรงเรียนให้ความความเอาใจใส่ดูแลนักเรียน เพื่อนๆมีความรักสามัคคีช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีกิจกรรมที่น่าสนใจในโรงเรียน นักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนก็จะมีความสุข มีความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับสถานศึกษา ทำให้นักเรียนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน จึงพยายามมีพฤติกรรมให้เป็นไปตามความคาดหวังของโรงเรียน

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความผูกพันกับโรงเรียนของวัยรุ่นที่สะท้อนความรู้สึกเป็นความภาคภูมิใจในสถาบัน ความเอาใจใส่และสัมพันธ์ภาพของครูและนักเรียน ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ดังตัวอย่าง

“วัน ๆ ครูอยู่แต่ในห้องของเค้านั้นแหละ ไม่เคยมาสนใจว่านักเรียนทำอะไรกัน ก็เลยชวนกันสูบในโรงเรียน ได้สบาย” (ผู้ชาย, อาชีวศึกษา)

“ตามห้องน้ำก็จะเป็นที่ๆ รู้กันอยู่แล้วว่าเด็กชอบไปแอบสูบ ก็ไม่เห็นเค้าจะเดินมาดูเลย ” (ผู้หญิง, มัธยมศึกษา)

“ไม่สูบหรอก อยากให้ภาพพจน์ของโรงเรียนดี คนข้างนอกจะได้มองว่าโรงเรียนเราดี ...อยากเป็นโรงเรียนพระราชทานด้วย...คอยบอกเพื่อนๆ ว่าอย่าสูบเลยให้นี่ก็ถึงโรงเรียน ” (ผู้ชาย, มัธยมศึกษา)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการคาดการณ์การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของการสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยแบบสอบถามของโรเซนเบิร์ก (the Rosenberg Self-esteem Scale) ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยทั่วไป เครื่องมือนี้จึงอาจไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองควรเป็นการประเมินค่าหรือความสามารถของตนเองที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีความเฉพาะเจาะจง (Dolcini & Adler, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับบางการศึกษาที่ผ่านมา (ชานินทร์ สุธีประเสริฐ, 2543; Karatzias et al., 2001; Lewinsohn et al., 2000; Homsin et al., 2006; Sneed et al., 2001) สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เช่นกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าวัยรุ่นทั่วไปไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติใด รับรู้ว่าเป็นการไม่ยากเลยที่จะได้บุหรี่มาสูบจากเพื่อนหากต้องการสูบบุหรี่ (Ma, Shive, Legos, & Tan, 2003) จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้เงินซื้อ นอกจากนี้วัยรุ่นไทยยังสามารถซื้อบุหรี่เป็นมวนโดยไม่จำเป็นต้องซื้อทั้งซอง ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้เงินจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์และคณะ (Homsin et al., 2006) สำหรับการคาดการณ์การสูบบุหรี่ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะหนึ่งระยะใดของการสูบบุหรี่นั้น อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นโดยทั่วไปส่วนใหญ่ทั้งที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีการรับรู้ว่ามีเพื่อนที่มีการสูบบุหรี่สูงกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเสมอเช่นเดียวกัน (Simons-Morton, 2002) จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่ผ่านมา (Dusenbury et al., 1992; Ellickson et al., 2001; Robinson et al., 1997)

#### ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเพื่อการนำไปใช้

1. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากพบในทุกระยะของการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลแก่วัยรุ่นถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และข้อมูลดังกล่าวควรมีความเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นด้วย เช่นวัยรุ่นอาจให้ความสนใจผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะสั้นที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น ฟันเหลือง เล็บเหลือง กลิ่นปากเหม็น มากกว่าการเกิดมะเร็งซึ่งเป็นผลระยะยาว การให้ข้อมูลดังกล่าวควรผ่านวิธีการและสื่อต่างๆที่มีความหลากหลายน่าสนใจและต่อเนื่องตลอดปีทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียนและชุมชนทุกภาคส่วน ทั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนให้วัยรุ่นมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการสูบบุหรี่
2. การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญมากเช่นเดียวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เนื่องจากพบในทุกระยะของการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรมีการสร้างตระหนักรู้ให้แก่วัยรุ่นถึง



อิทธิพลจากเพื่อนที่จะทำให้ตนสูบบุหรี่ได้ และต้องสร้างเสริมให้วัยรุ่นมีทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนซึ่งควรมีการกระตุ้นซ้ำ (booster) เป็นระยะๆ ด้วย ครูควรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมทักษะนี้ให้แก่นักเรียนเนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับนักเรียน อย่างไรก็ตามครูที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านทักษะการปฏิเสธมาก่อน ทั้งนี้เพื่อสามารถให้คำแนะนำแก่นักเรียน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

3. ควรให้ความสนใจแก่วัยรุ่นที่มีผลการเรียนต่ำ มีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวและโรงเรียนเนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้เสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวและโรงเรียนเนื่องจากเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้มีโอกาสที่เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ประจำหรือติดบุหรี่สูง โดยการติดตามเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

4. พ่อแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทต่อการสูบบุหรี่ของบุตร การสูบบุหรี่ของพ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ทำให้ลูกเลียนแบบทดลองสูบบุหรี่ได้ การดักเตือนหรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจต่อการสูบบุหรี่จะป้องกันมิให้วัยรุ่นสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องหรือสูบบุหรี่ประจำได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่ ไม่ได้ตระหนักถึงอิทธิพลของตนเองต่อบุตรดังกล่าว (Barman, Pulkkinen, Kaprio, & Rose, 2004) ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่พ่อแม่เพื่อตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตร พ่อแม่ที่สูบบุหรี่จึงควรได้รับความช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ด้วย หรือแม้แต่พ่อแม่ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่หรือไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ก็ตามพวกเขาก็ควรแสดงความรู้สึกหรือท่าทีที่ไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ให้บุตรรับรู้

5. โรงเรียนควรมีการสำรวจการสูบบุหรี่ของนักเรียนประจำปี เพื่อประเมินได้ว่านักเรียนในโรงเรียนส่วนใหญ่ หรือกลุ่มใด ระดับชั้นใด มีลำดับขั้นการสูบบุหรี่อยู่ในระยะใด ทั้งนี้เพื่อสามารถหาแนวทางป้องกันและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระยะการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ในระยะแรกต่อไป

#### ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึก การจัดสนทนากลุ่มย่อยครู นักเรียน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตัวแทนสถาบันการศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากการจัดประชุมเพื่อเผยแพร่ผลการศึกษา ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นดังนี้

1. โรงเรียนทุกโรงเรียนมีการประกาศนโยบายโดยผู้บริหารให้เป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่และถือเป็นนโยบายสำคัญของโรงเรียนที่ครูและนักเรียนทุกคนรับรู้ร่วมกัน มีการจัดโครงสร้างการทำงานเป็นทีม/ คณะกรรมการที่ประกอบด้วยครูและนักเรียน กำหนดผู้รับผิดชอบ การจัดทำ

- แผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อให้เกิดการดำเนินการ  
 อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง
2. เสริมสร้างให้นักเรียนมีพลังอำนาจและศักยภาพในตนเองเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ เช่น  
 ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะชีวิตต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการปฏิเสธ รวมทั้งการ  
 ยกย่องชมเชย
  3. ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโรงเรียน เช่น การจัดค่ายปฏิบัติธรรม กิจกรรม  
 จิตอาสา music day sport day การจัดประกวดแข่งขันต่างๆ เพื่อให้วัยรุ่นได้ปลดปล่อยพลัง  
 ธรรมชาติที่มีในตัวไปในทางที่เหมาะสมและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
  4. ส่งเสริมให้ครูมีศักยภาพในเรื่องความรู้และทักษะต่างๆเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อช่วยเหลือและ  
 ให้คำแนะนำแก่นักเรียนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
  5. จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับสารเสพติดรวมถึงการสูบบุหรี่ที่เป็นมาตรฐานให้ใช้ในโรงเรียนทั่ว  
 ประเทศ ซึ่งอาจจัดเป็นรายวิชาหรือสอดแทรกอยู่ในรายวิชาต่างๆ อย่างต่อเนื่องในทุก  
 ระดับชั้น
  6. กำหนดมาตรการ กฎระเบียบเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนอย่างชัดเจน และมีการบังคับ  
 ใช้อย่างจริงจัง
  7. จัดตั้งกลุ่มนักเรียนแกนนำขึ้นในโรงเรียน เพื่อเกิดการประสานงาน และดำเนินกิจกรรมอย่าง  
 ต่อเนื่องในโรงเรียนและชุมชน
  8. โรงเรียน บ้านและชุมชนมีการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดเพื่อดูแลและป้องกันการ  
 สูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการจัดกิจกรรมต่างๆเช่น การประชุมผู้ปกครองและผู้นำชุมชนเพื่อหา  
 แนวทางร่วมกัน การเยี่ยมบ้าน การเชิญชวนให้ทำบ้านปลอดบุหรี่ หรือชุมชนปลอดบุหรี่
  9. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง ผู้ปกครองมีความเอาใจใส่ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด  
 โดยมีทักษะการสื่อสารกับบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม
  10. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน และในสถานการศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักและลด  
 โอกาสการสูบบุหรี่ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปให้สวยงาม เป็นระเบียบไม่รกจนทำให้  
 กลายเป็นแหล่งมั่วสุมได้ จัดให้ห้องน้ำในโรงเรียนไม่อยู่ในบริเวณที่ลับตา ติดป้ายคำเตือน  
 ต่างๆเกี่ยวกับบุหรี่
  11. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อต่างๆด้วยรูปแบบที่หลากหลายและ  
 ต่อเนื่องตลอดทั้งปีทั้งภายในโรงเรียนและสู่ชุมชน เช่นจัดนิทรรศการ ป้ายณรงค์ บทเพลง

- การ์ตูน pop up สื่อภาพเคลื่อนไหวสามมิติ หนังสือทำมือ เอกสารแผ่นพับ เสียงตามสาย จดหมายข่าว สตีกเกอร์ เกมส์ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
12. ถอดบทเรียนการดำเนินการเกี่ยวกับบุหรี่ เพื่อการปรับปรุงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อการขยายผลและการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม
  13. สร้างระบบการช่วยเหลือผู้ติบบุหรี่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียน โดยการมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือ
  14. สร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชนและชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น
  15. สร้างความตระหนักให้แก่บุคคลที่มีอิทธิพลกับวัยรุ่น ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู บุคคลที่มีชื่อเสียง หรือได้รับการยอมรับจากวัยรุ่น ให้เป็นต้นแบบที่ดีแก่วัยรุ่นในการไม่สูบบุหรี่
  16. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) เป็นต้น ควรประสานความร่วมมือกันในการจัดทำสื่อ อุปกรณ์ และข้อมูลทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่สนใจ โดยการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงให้สามารถเข้าถึงการสนับสนุนดังกล่าวได้ง่าย
  17. พื้นที่ในแต่ละจังหวัดควรมีการจัดทำแผนบูรณาการด้วยการมีส่วนร่วมของตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน วัยรุ่น ในการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความครอบคลุมวัยรุ่นทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา
  18. นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่สาธารณะโดยทั่วไป หรือการออกกฎระเบียบบทลงโทษในโรงเรียนเกี่ยวกับบุหรี่ควรมีการบังคับใช้อย่างเคร่งครัดจริงจัง

### ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัย

1. ทศนคติดต่อการสูบบุหรี่และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นจึงควรศึกษาตัวแปรดังกล่าวในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่ให้ละเอียดลึกซึ้งทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อาทิเช่น ทศนคติในแต่ละระยะของการสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร การชักชวนให้สูบบุหรี่มีวิธีการอย่างไรและมีอิทธิพลมากเพียงใดจึงทำให้วัยรุ่นไม่สามารถปฏิเสธได้

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของเพื่อนและพ่อแม่ให้ชัดเจน เนื่องจากการดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิดของพ่อแม่ การมีครอบครัวที่อบอุ่นอาจเป็นตัวช่วยลดทอน (buffer) อิทธิพลของเพื่อนที่จะชักนำวัยรุ่นไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ และในทางกลับกันเพื่อนอาจมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นหากสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวอ่อนแอหรือมีปัญหา

3. ศึกษาปัจจัยป้องกัน (protective factors) เช่นพลังตัวตน ความมั่นใจในการปฏิเสธ ความสามารถในการจัดการความเครียด เพื่อมีความเข้าใจปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. การศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ที่ได้ข้อมูลโดยตรงจากตัวพ่อแม่เองมิใช่ผ่านการรับรู้จากวัยรุ่น อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำตรงตามสภาพความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

5. ศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในช่วงวัยต่างๆเช่นวัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย รวมทั้งวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา เช่นวัยรุ่นที่อยู่ในสถานประกอบการ กลุ่มด้อยโอกาส เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อสามารถเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของวัยรุ่น

6. พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สร้างขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงมีความเหมาะสมกับระยะการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นแต่ละคน และเป็นการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมหลายองค์ประกอบทั้งจากวัยรุ่นเอง ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เพื่อความมีประสิทธิภาพสูงสุดของโปรแกรมและเกิดความยั่งยืน

7. ศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) เพื่อสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการเลื่อนระยะการสูบบุหรี่จากระยะหนึ่งๆ ไปสู่ระยะการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น (smoking progression)

## บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2549). *พยายามกับบุหรี*. พิมพ์ที่: กรุงเทพมหานคร.
- เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง “โครงการระดมสมองอาจารย์พยาบาล 64 สถาบันเพื่อพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบสำหรับนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยระดับปริญญาตรี” วันที่ 8-9 ตุลาคม 2550 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร.
- จรรยา เศรษฐบุตร และ วรชัย ทองไทย. (2550). *รายงานการวิจัย ผู้สูบบุหรี่ วัยรุ่นสูบบุหรี่ และผู้รับควันบุหรี่ ในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. โครงการกาญจนบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ชูชัย สุภวงส์ สุภกร บัวสาย และนวนลอนันต์ ดันติเกตุ. (2540). *การสำรวจภาพรวมทั้งประเทศ: ผลของผลลาคำเตือนต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. กระทรวงสาธารณสุข.*
- จิตติพิทย์ ยิ้มพลอย. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- ธานีินทร์ สุธีประเสริฐ. (2543). *รายงานการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิคจังหวัด. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.*
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2538). *ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิตดุสิตนิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- บุศยา ณ ป้อมเพชร. (2539). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- บุษบา สงวนประสิทธิ์ ถักขณา เต็มศิริกุลชัย และอรนุช พาชื่น. (2549). *ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบุหรีกับสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 วันที่ 5-6 มิถุนายน พ.ศ. 2549.*

- ปรีชาพร ชูเอียด และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย. *วารสาร ควบคุมยาสูบ*, 2, 43-55.
- พงศ์ศักดิ์ เพื่อกสม. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน ปลายชาย โรงเรียนกษตราพิชากร อำเภอองครา จังหวัดพัทลุง. ภาคนิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศรี วรชนนะวลัญช์. (2541). ปัจจัยทางด้านครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยวลักษณ์ ชันอาสา. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบและไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน หญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนา สานติยานนท์ บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550 พิชัยบุหรี. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ: การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากร และนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: กรุงเทพมหานคร หน้า 145.*
- ลักขณา เดิมศิริกุลชัย และศรัณยา เบญจกุล สถานการณ์การบริโภคยาสูบ ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ: การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากร และนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: กรุงเทพมหานคร หน้า 64.*
- ศรัณญา เบญจกุล สุนีย์ สว่างศรี ปพิชญา คงพร อาทิตยาบโล่พัฒนานนท์ และชุติมา โฉมปรางค์ (2550). ประสิทธิภาพของโครงการค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่. *วารสารควบคุม ยาสูบ*, 2, 14-28.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กทม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2551). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของ ประชากรไทย พ.ศ. 2534 – 2550*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีน้คงการพิมพ์.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ (2543). *หยุดการแพร่ภัยบุหรี่ สิ่งที่เราต้องทำและผลได้ผลเสียทาง เศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ: การควบคุมการบริโภค ยาสูบ. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.*

- สุชา จันทร์เอม. (2528). *วัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทร์เอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาพร ทองศรี. (2543). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนปทุมคงคา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1998). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes (Vol. 11). In W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (pp. 1-33). Chichester, England: Wiley.
- Alvarado, G. F., & Breslau, N. (2005). Smoking and young people's mental health. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 397-400.
- Ashley, O. S., Penne, M. A., Loomis, K. M., Kan, M., Bauman, K. E., Aldridge, M., et al. (2008). Moderation of the association between parent and adolescent cigarette smoking by selected sociodemographic variables. *Addictive Behaviors, 33*, 1227-1230.
- Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2003). Familial influences on adolescent smoking. *Addiction, 98*(Suppl 1), 1-20.
- Aveyard, P., Cheng, K. K., Almond, J., Sherratt, E., Lancashire, R., Lawrence, T., et al. (1999). Cluster randomized controlled trial of expert system based on the transtheoretical ('stages of change') model for smoking prevention and cessation in schools. *British Medical Journal, 319*, 948-953.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.

- Barman, S. K., Pulkkinen, L., Kaprio, J., & Rose, R. J. (2004). Inattentiveness, parental smoking, and adolescent smoking initiation. *Addiction, 99*, 1049-1061.
- Berndt, T. (1996). Transitions in friendship and friends' influence. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn., & A. C. Petersen. (Eds), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context* (pp. 57-84). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V., & Smolkowski, K. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioral Medicine, 18*, 315-330.
- Botvin, G. J., Baker, E., Botvin, E. M., Dusenbury, L., Cardwell, J., & Diaz, T. (1993). Factors promoting cigarette smoking among Black youth: A causal modeling approach. *Addictive Behavior, 18*, 397-405.
- Botvin, G. J., Epstein, J. A., Schinke, S. P., & Diaz, T. (1994). Predictors of cigarette smoking among inner-city minority youth. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 15*, 67-73.
- Bowen, D. J., Dahl, K., Mann, S. L., & Peterson, A. V. (1991). Descriptions of early triers. *Addictive Behaviors, 16*, 95-101.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Czeisler, L. J., Shapiro, J., & Cohen, P. (1997). *The Journal of Genetic Psychology, 158*, 172-188.
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology, 15*, 478-484.



- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., & Edwards, D. A. (1990). The national history of cigarette smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology, 9*, 701-716.
- Chen, P., Huang, W., & Chao, K. (2009). Susceptibility to initiate smoking among junior and senior high school nonsmokers in Taiwan. *Preventive Medicine, 49*, 58-61.
- Choi, W. S., Pierce, J. P., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Berry, C. C. (1997). Which adolescent experimenters progress to established smoking in the United States. *American Journal of Preventive Medicine, 13*, 385-391.
- Colby, S. M., Tiffany, J. T., Shiffman, S., & Niaura, R.S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine?. A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence, 59*(Suppl. 1), 83-95.
- Conrad, K. M., Flay, B. R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction, 87*, 1711-1724.
- Covey, L. S., & Tam, D. (1990). Depressive mood, the single-parent home, and adolescent cigarette smoking. *American Journal of Public Health, 80*, 1330-1333.
- Darling, N., & Cumsille, P. (2003). Theory, measurement, and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction, 98*, 21-36.
- Distefan, J. M., Gilpin, E. A., Choi, W. S., & Pierce, J. P. (1998). Parental influences predict adolescent smoking in the United States, 1989-1993. *Journal of Adolescent Health, 22*, 466-474.
- Dolcini, M. M., & Adler, N. E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology, 13*, 496-506.

- Dusenbury, L., Kerner, J. F., Baker, E., Botvin, G., James-Ortiz, S., & Zauber, A. (1992). Predictors of smoking prevalence among New York Latino youth. *American Journal of Public Health, 82*, 55-58.
- Eccles, J. S., Lord, S., & Buchanan, C. M. (1996). *School transitions in early adolescence: What are we doing to our young people?* In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn., & A. C. Petersen. (Eds), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context* (pp. 251-284). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eckhardt, L., Woodruff, S. I., & Elder, J. P. (1994). A longitudinal analysis of adolescent smoking and its correlates. *Journal of School Health, 64*, 67-72.
- Elder, J. P., De Moor, C., Young, R. L., Wildey, M., Molgaard, C., & Golbeck, A. (1990). Stages of adolescent tobacco-use acquisition. *Addictive Behaviors, 15*, 449-454.
- Ellickson, P. L., McGuigan, K. A., & Klein, D. J. (2001). Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of Adolescent Health, 29*, 101-108.
- Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A., & Drop, M. J. (1999). Predictability of smoking in adolescence: Between optimism and pessimism. *Addiction, 94*, 115-124.
- Erol, S., & Erdogen, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The transtheoretical model-based study. *Patient Education and Counseling, 72*, 42-48.
- Everett, S. A., Malarcher, A. M., Sharp, D. J., Husten, C. G., & Giovino, G. A. (2000). Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among US high school students. *Journal of School Health, 70*, 234-240.

- Ferguson, L. A. (2009). Adolescent smoking: A lethal addiction. *The Journal for Nurse Practitioners*, 5, 593-597.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1995). Transitions of cigarette smoking during adolescence. *Addictive Behaviors*, 20(5), 627-642.
- Flay, B. R. (1993). Youth tobacco use: Risk patterns, and control. In J. Slade & C. T. Orleans (Eds.), *Nicotine Addiction: Principles and management* (pp. 653-661). New York: Oxford University Press.
- Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: The Theory of Triadic Influence. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, S111-S114.
- Flay, B.R., d'Avernas, J. R., Best, J. A., Kersell, M. W., & Ryan, K. B. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. In P. J. McGrath, & P. Firestone (Eds.), *Pediatric and adolescent behavioral medicine* (pp. 132-183). New York: Springer.
- Flay, B. R., Hu, F. B., & Richardson, J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Preventive Medicine*, 27, A9-A18.
- Flay, B. R., Hu, F. B., Siddiqui, O., Day, L. E., Hedeker, D., & Petratis, J. (1994). Differential influence of parental smoking and friends' smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 248-265.
- Flay, B. R., Ockene, J.K., & Tager, I. B. (1992). Smoking: Epidemiology, cessation, and prevention. *Chest*, 102, 277s-301s.

- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1993). *A review of theory and prospective research on the causes of adolescent tobacco onset: A report for the Robert Wood Johnson Foundation*. Chicago: University of Illinois .
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. In G. L. Albrecht (Ed.), *Medical sociology: A reconsideration of health behavior change models* (pp. 19-44). London: JAI.
- Foshee, V., & Bauman, K. E. (1994). Parental attachment and adolescent cigarette smoking initiation. *Journal of Adolescent Research*, 9, 88-104.
- Frohlick, K. L., Potvin, L., Gauvin, L., & Chabot, P. (2002). Youth smoking initiation: Disentangling context from composition. *Health & Place*, 8, 155-166.
- Ferguson, L. A. (2009). Adolescent smoking: A lethal addiction. *The Journal for Nurse Practitioners*, 5, 593-597.
- Gordon, N. P. (1986). Never smokers, triers, and current smokers: Three distinct target groups for school-based antismoking programs. *Health Education Quarterly*, 113, 163-180.
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 458-489.
- Herbert, D., & Schiaffino, K. M. (2007). Adolescents' smoking behavior and attitudes: The influence of mothers' smoking communication, behavior and attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 103-114.
- Hirchi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA.: University of California Press.

- Hoffman, B. R., Monge, P. R., Chou, C., & Valente, T. W. (2007). Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, *32*, 1546-1554.
- Homsin, P., Srisuphan, W., Pohl, J., Tiansawad, S., & Patumanond, J. (2006). Predictors of early stages of smoking uptake Thai male adolescents. *Thai Journal of Nursing Research*, *13*, 2009.
- Hoving, C., Reubsæet, A., & de Vries H. (2007). Predictors of smoking stage transitions for adolescent boys and girls. *Preventive medicine*, *44*, 485-489.
- Huang, M., Hollis, J., Polen, M., Lapidus, J., & Austin, D. (2005). Stages of smoking acquisition versus susceptibility as predictors of smoking initiation in adolescents in primary care. *Addictive Behaviors*, *30*, 1183-1194.
- Jackson, C. (1998). Cognitive susceptibility to smoking and initiation of smoking during childhood: A longitudinal study. *Preventive Medicine*, *27*, 129-134.
- Jackson, C., & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behavior*, *22*, 107-114.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, *11*, 1-47.
- Jarallah, J. S., Bamgboye, E. A., Al-Ansary, L. A., & Kalantan, K. A. (1996). Predictors of smoking among male junior secondary school students in Riyadh, Saudi Arabia. *Tobacco Control*, *5*, 26-29.
- Johnson, C. C., Li, D., Perry, C. L., Elder, J. P., Feldman, H. A., Kelder, S. H., & Stone, E. J. (2002). Fifth through eighth grade longitudinal predictors of tobacco use among a racially diverse cohort: CATCH. *Journal of School Health*, *72*, 58-64.

- Kandel, D. B. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, *52*, 183-196.
- Karatzias, A., Power, K. G., & Swanson, V. (2001). Predicting use and maintenance of use of substances in Scottish adolescents. *Journal of youth and Adolescence*, *30*, 465-484.
- Kawabata, T., Cross, D., Nishioka, N., & Shimai, S. (1999). Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: Initial results from a three-year study. *The Journal of School Health*, *69*, 280-284.
- Klesges, L. M., Klesges, R. C., & Cigrang, J. A. (1992). Discrepancies between self-reported smoking and carboxyhemoglobin: An analysis of the Second National Health and Nutritional Survey. *American journal of Public Health*, *82*, 1029-1032.
- Kremers, S.P.J., Mudde, A. N., & De Vries, H. (2001). Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, *26*, 237-251.
- Kremers, S.P.J., Mudde, A. N., & De Vries, H. (2004). Model of unplanned smoking initiation of children and adolescents: An integrated stage model of smoking behavior. *Preventive Medicine*, *38*, 642-650.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., James, J. E., Allegrante, J. P., & Helgason, A. R. (2009). Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive Behaviors*, *35*, 256-259.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., et al. (2000). Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, *9*, 47-63.

- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol & Alcoholism, 37*, 52-60.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychology Bulletin, 88*, 370-405.
- Lewinsohn, P. M., Brown, R. A., Seeley, J. R., & Ramsey, S. E. (2000). Psychosocial correlates of cigarette smoking abstinence, experimentation, persistence, and frequency during adolescence. *Nicotine & tobacco Research, 2*, 121-131.
- Lloyd-Richardson, E. E., Papandonatos, G., Kazura, A., Stanton, C., & Niaura, R. (2002). Differentiating stages of smoking intensity among adolescents; Stage-specific psychological and social influences. *Journal of consulting and Clinical psychology, 70*, 998-1009.
- Ma, G. X., Shive, S., Legos, P., P., & Tan. Y. (2003). Ethnic differences in adolescent smoking behaviors, sources of tobacco, knowledge and attitudes toward restriction policies. *Addictive Behaviors, 28*, 249-268.
- Ma, G. X., Shive, S., Legos, P., P., & Tan. Y. (2003). Ethnic differences in adolescent smoking behaviors, sources of tobacco, knowledge and attitudes toward restriction policies. *Addictive Behaviors, 28*, 249-268.
- Ma, H., Unger, J. B., Chou, C., Sun, P., Palmer, P. H., Zhou, Y. et al. (2008). Risk factors for adolescent smoking in urban and rural China: Findings from the China seven cities study. *Addictive Behaviors, 33*, 1081-1085.
- Mayhew, K. P., Flay, B. R., & Mott, J. A. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence, 59*(Suppl.1), 61-81.

- McBride, C. M., Curry, S. J., Cheadle, A., Anderman, C., Wagner, E. H., Diehr, P., et al. (1995). School-level application of a social bonding model to adolescent risk-taking behavior. *Journal of School Health, 65*, 63-68.
- Michell, L., & West, P. (1996). Peer pressure to smoke: The meaning depends on the method. *Health Education Research: Theory & Practice, 11*, 39-49.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., & Chen, L. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 37-44.
- Mowery, P., Farrelly, M. C., Haviland, L., Gable, J. M., & Wells, H. E. (2004). Progression to established smoking among US youths. *American Journal of Public Health, 94*, 331-337.
- Nichter, M., Nichter, M., Vuckovic, N., Quintero, G., & Ritenbaugh. (1997). Smoking experimentation and initiation among adolescent girls: qualitative and quantitative findings. *Tobacco Control, 6*, 285-295.
- Oakley, A., Brannen, J., & Dodd, K. (1992). Young people, gender and smoking in the United Kingdom. *Health Promotion International, 7*, 75-88.
- Olds, R. S., & Thombs, D. L. (2001). The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *Journal of School Health, 71*, 223-228.
- Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V., & Smith, N. F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An empirical integration. *Addictive behaviors, 23*, 303-324.
- Patrick, D. L., Cheadle, A., Thompson, D. C., Diehr, P., Koepsell, T., & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 84*, 1086-1093.



- Pederson, L. L., Koval, J. J., McGrady, G. A., & Tyas, S.L. (1998). The degree and type of relationship between psychosocial variables and smoking status for students in grade 8: Is there a dose-response relationship?. *Preventive Medicine, 27*, 337-347.
- Pederson, L. L., Koval, J. J., & O'Connor, K. (1997). Are psychosocial factors related to smoking in grade 6 students?. *Addictive Behaviors, 22*, 169-181.
- Petraitis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 117*, 67-86.
- Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Merritt, R. (1996). Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychology, 15*, 355-361.
- Pierce, J. P., Farkas, A. J., Evans, N., & Gilpin, E. (1995). An improved surveillance measure for adolescent smoking. *Tabacco Control, 4*, S47-S56.
- Piko, B. (2001). Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors, 26*, 201-217.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prokhorov, A. V., De Moor, C., Hudmon, K. S., Hu, S., Kelder, S. H., & Gritz, E. R. (2002). Predicting initiation of smoking in adolescents: Evidence for integrating the stages of change and susceptibility to smoking constructs. *Addictive Behaviors, 27*, 697-712.

- Robinson, L. A., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., & Glaser, R. (1997). Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 653-662.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Santrock, J.W. (2005). *Adolescence* (10<sup>th</sup> ed). Boston: Mc GrawHill.
- Sargent, J. D., & Dalton, M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics, 108*, 1256-1262.
- Schneider, S., Loeber, S., Janben, M., Roehrig, S., & Solle, D. (in press). What prevents young adolescents from smoking? Self-reported motives of 12-15-year-old non-smokers. *Health Policy*.
- Shamsuddin, K., & Abdul Haris, M. (2000). Family influence on current smoking habits among secondary school children in Kota Bharu, Kelantan. *Singapore Medical Journal, 41*, 167-171.
- Shiffman, S., Kassel, J. D., Paty, J., Gnys, M., & Zettle-Segal, M. (1994). Smoking typology profiles of chippers and regular smokers. *Journal of Substance Abuse, 6*, 21-35.
- Simons-Morton, B. G. (2002). Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. *Prevention Science, 3*, 275-283.
- Simons-Morton, B. G., Crump, A. D., Haynie, D. L., Saylor, K. E., Eitel, P., & Yu, K. (1999). Psychosocial, school, and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls. *Preventive Medicine, 28*, 138-148.
- Simons-Morton, B. G., Haynie, D. L., Crump, A. D., Eitel, P., & Saylor, K. E. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior, 28*, 95-107.

- Smith, K. H., & Stutts, M. A. (1999). Factors that influence adolescent to smoke. *The Journal of Consumer Affairs*, 33, 321-357.
- Sneed, C. D., Morisky, D. E., Rotheram-Borus, M. J., Ebin, V. J., & Malotte, K. (2001). Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addictive Behaviors*, 26, 415-423.
- Soldz, S., & Cui, X. (2001). A risk factor index predicting adolescent cigarette smoking: A 7 year longitudinal study. *Psychology of addictive behaviors*, 15, 33-41.
- Stanton, W. R., Oei, T. P. S., & Silva, P. A. (1994). Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *The International Journal of Addictive*, 29, 913-925.
- Steinberg, L. (1996). *Adolescence* (4 th ed.). Boston: Mc GrawHill.
- Sterling, K. L., Diamond, P. M., Mullen, P. D., Pallonen, U., Ford, K. H., & McAlister, A. L. (2007). Smoking-related self-efficacy, beliefs, and intension: Assessing factorial validity and structural relationships in 9<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> grade current smokers. *Addictive Behaviors*, 32, 1863-1876.
- Stern, R. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: Masurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Thomas, R. (2002). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, 1-89.
- Thorlindsson, T., & Vilhjalmsson, R. (1991). Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*, 26, 399-418.
- Tyas, S. L., & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409-420.

- Unger, J.B., Johnson, C. A., Stoddard, J. L., Nezami, E., & Chou, C. (1997). Identification of adolescents at risk for smoking initiation: Validation of a measure of susceptibility. *Addictive Behaviors, 22*, 81-91.
- US Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General*. (Publication No. S/N 017-001-00491). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- US Department of Health and Human Services. (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General* (Publication No. S/N 090-8416). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Van Den Bree, M. B. M., Whitmer, M. D., & Pickworth, W. B. (2004). Predictors of smoking development in a population-based sample of adolescents: A prospective study. *Journal of Adolescent Health, 35*, 172-181.
- Wang, M., Fitzhugh, E. C., Eddy, J. M., Fu, Q., & Turner, L. (1997). Social influences on adolescents' smoking progress: A longitudinal analysis. *American Journal of Health Behavior, 21*, 111-117.
- Weber, A. L. (1992). *Social psychology*. New York: HarperPerennial.
- Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research: Theory & practice, 9*, 37-46.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1992). Psychological attributes of young adult smokers. *Psychological Reports, 70*, 675-681.
- White, H. R., Pandina, R. J., & Chen, P. (2002). Developmental trajectories of cigarette use from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 65*, 167-178.

World Health Organization. (1993). *The health of young people: A challenge and promise*. English.

WHO. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*.  
Geneva

Zhang, L., Wang, W., Zhao, Q., & Vartiainen, E. (2000). Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. *Health Education Research, 15*, 415-422.

Zhu, B., Liu, M., Shelton, D., Liu, S., & Giovino, G. A. (1996). Cigarette smoking and its risk factors among elementary school students in Beijing. *American Journal of Public Health, 86*, 368-375.

ภาคผนวก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีจำนวน 5 ท่านดังรายนามต่อไปนี้

- 1) ดร. สถาพร พุทธิพิศกุล ศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จังหวัดชลบุรี
- 2) นพ. เวทิส ประทุมศรี หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
- 3) ผศ. ดร. ระพีพันธ์ ฉายวิมล หัวหน้าภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา  
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 4) ผศ. ดร. สุนทราวดี เขียวพิเชฐ อาจารย์ประจำสาขาวิชาแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
- 5) ผศ. ดร. พัชรี สุวรรณศรี อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน (Parel, 1973)

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \alpha/2 p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

Z = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ

โดยกำหนด ค่า  $\alpha = 0.05$ , ดังนั้นที่  $\alpha/2$  มีค่า  $Z = 1.96$

N = ขนาดประชากรเยาวชนในสถานศึกษาที่ทราบแน่ชัด มีทั้งสิ้น 122,943 คน

(ข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ณ. วันที่ 9 ธันวาคม 2550 <http://210.1.20.11/dataonweb/reporttother/school>)

p = สัดส่วนที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 0.18 โดยประมาณ

ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตภาคกลางซึ่งรวมภาคตะวันออกเฉียงใต้ด้วยมีการสูบบุหรี่ปีปัจจุบันประมาณร้อยละ 18 (ศจย., 2551)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดให้เท่ากับ 3 %

$$n = \frac{(122,943) (1.96)^2 (0.18)(0.82)}{(122,943) (0.03)^2 + (1.96)^2 (0.18)(0.82)}$$

$$= \text{ประมาณ } 630$$

เนื่องจากเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีหลายขั้นตอน (multistage random sampling) จึงปรับค่าความแปรปรวนให้ใกล้เคียงเสมือน การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการคูณค่า design effect = 1.25 (Stuart, 1963 cited in Henry, 1990) ฉะนั้นจำนวนตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูลอย่างต่ำคือ 800 คน อย่างไรก็ตามได้ทำการเพิ่มจำนวนตัวอย่างที่เก็บเพื่อทดแทนแบบสอบถามที่ไม่มี ความสมบูรณ์โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้ (Stuart, 1963 cited in Henry, 1990)

$$n' = \frac{n}{(e)(r)} \quad \text{นั่นคือ} \quad \frac{800}{(0.95)(0.95)} = 886 \text{ หรือประมาณ } 900 \text{ คน}$$

n' = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จริง

e = สัดส่วนของแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์

r = สัดส่วนของแบบสอบถามที่คาดว่าจะมีการตอบกลับ



## รายละเอียดการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงเรียน

จังหวัด	ระดับ การ ศึกษา	โรงเรียน	จำนวนน.ร. กลุ่มเป้าหมาย ที่มี	จำนวน น.ร.ที่ ต้องการ	จำนวนน.ร.ตาม สัดส่วน โดยประมาณ	
ชลบุรี	มัธยม ศึกษา	ร.ร.สายสามัญศึกษารัฐบาล 2 แห่ง				
		- ร.ร.แห่งที่ 1	202		40	
		- ร.ร.แห่งที่ 1	432	247	87	
	กลุ่มเป้าหมาย		ร.ร.สายสามัญศึกษาเอกชน 1 แห่ง	583		120
	มีทั้งสิ้น 41,622 คน	อาชีว ศึกษา	สถาบันอาชีวศึกษารัฐบาล 1 แห่ง	1,471	247	157
		สถาบันอาชีวศึกษาเอกชน 1 แห่ง	824		90	
				494	390	
ฉะเชิงเทรา	มัธยม ศึกษา	ร.ร.สายสามัญศึกษารัฐบาล 2 แห่ง				
		- ร.ร.แห่งที่ 1	325		40	
		- ร.ร.แห่งที่ 1	90	117	10	
	กลุ่มเป้าหมาย		ร.ร.สายสามัญศึกษาเอกชน 1 แห่ง	549		67
	มีทั้งสิ้น 19,606 คน	อาชีว ศึกษา	สถาบันอาชีวศึกษารัฐบาล 1 แห่ง	1,019	117	60
		สถาบันอาชีวศึกษาเอกชน 1 แห่ง	946		57	
				234	234	
ปราจีนบุรี	มัธยม ศึกษา	ร.ร.สายสามัญศึกษารัฐบาล 2 แห่ง				
		- ร.ร.แห่งที่ 1	108		10	
		- ร.ร.แห่งที่ 1	593	86	54	
	กลุ่มเป้าหมาย		ร.ร.สายสามัญศึกษาเอกชน 1 แห่ง	243		22
	มีทั้งสิ้น 14,437 คน	อาชีว ศึกษา	สถาบันอาชีวศึกษารัฐบาล 1 แห่ง	550	86	36
		สถาบันอาชีวศึกษาเอกชน 1 แห่ง	811		50	
รวมนักเรียนกลุ่มเป้าหมายมีทั้งสิ้น 75,665 คน				172	172	
รวมกลุ่มตัวอย่างที่ได้				900	900	

## แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)

โครงการวิจัยเรื่อง ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี.....

ดิฉัน..... กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการสุ่มเลือกวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาเพื่อให้ข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงอาจเป็นทั้งผู้ที่สูบและไม่สูบบุหรี่ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาโครงการเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามหรืออาจมีการพูดคุยในบางประเด็นครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ-สกุล แต่จะมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทน และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำโดยผู้วิจัยเท่านั้น บุคคลอื่นรวมทั้งคุณครูในโรงเรียนจะมิได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ก็จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคล และจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูลให้ทางโรงเรียนหรือบุคคลอื่นทราบในทุกกรณี

หากท่านยินดีให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอความกรุณาลงนามยินยอมในแบบฟอร์มข้างล่างนี้ แต่หากท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลท่านก็สามารถตอบปฏิเสธได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยใดๆในขณะนี้กรุณาสอบถาม หรือหากท่านมีข้อสงสัยในภายหลังกรุณาติดต่อดิฉัน ได้โดยตรงที่ ..... หรือ โทร.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

( )

ลงนาม .....พยาน

( )

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

( )

## แบบแสดงความยินยอมให้ตอบแบบสอบถาม (สำหรับผู้ปกครอง)

โครงการวิจัยเรื่อง ลำดับชั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงของไทย

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี.....

ดิฉัน.....กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการสุ่มเลือกวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาเพื่อให้ข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงอาจเป็นทั้งผู้ที่สูบและไม่สูบบุหรี่ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาโครงการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามหรืออาจมีการพูดคุยในบางประเด็นครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ-สกุล แต่จะมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทน และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำโดยผู้วิจัยเท่านั้น บุคคลอื่นรวมทั้งคุณครูในโรงเรียนจะได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ก็จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคล และจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูลให้ทางโรงเรียนหรือบุคคลอื่นทราบในทุกกรณี อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะ จึงสมควรต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนตอบแบบสอบถาม

..... หากท่านยินดีอนุญาตให้บุตรหลานของท่านให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอความกรุณาท่านลงนามยินยอมในแบบฟอร์มข้างล่างนี้ แต่หากท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสอบถามท่านก็สามารถตอบปฏิเสธได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยใดๆกรุณาติดต่อดิฉันได้โดยตรงที่.....หรือโทร.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

( )

ลงนาม.....พยาน

( )

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

( )

## ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อมูลลงในช่องว่าง(.....) หรือกาเครื่องหมาย  ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด

## ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ :  หญิง

ชาย

2. อายุ .....ปี

3. ระดับการศึกษา

มัธยมศึกษาปีที่ 4

สายวิทย์  สายศิลป์

มัธยมศึกษาปีที่ 5

สายวิทย์  สายศิลป์

มัธยมศึกษาปีที่ 6

สายวิทย์  สายศิลป์

ปวช 1

ปวช 2

ปวช 3

4. ท่านได้เกรดเฉลี่ยครั้งล่าสุดประมาณเท่าใด.....(โปรดระบุเกรด)

16. บิดามารดาของท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่สูบบุหรี่ทั้งบิดาและมารดา

บิดาสูบบุหรี่

มารดาสูบบุหรี่

สูบบุหรี่ทั้งบิดาและมารดา

17. สมมติว่าท่านสูบบุหรี่แล้วบิดามารดาของท่านรู้ความจริงในภายหลัง ท่านคิดว่าบิดามารดาของท่านจะมีการตอบสนองอย่างไร

ต่อต้าน

ไม่ยอมรับ

ไม่แน่ใจ

ยอมรับได้

สนับสนุน

## สัมพันธภาพระหว่างท่านกับพ่อแม่เป็นอย่างไร ?

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงอยู่บ้าง	จริงค่อนข้างมาก	จริงทีเดียว
1. พ่อแม่เอาใจใส่สอบถามฉันถึงความเป็นอยู่ที่โรงเรียน/สถานศึกษา				
2. พ่อแม่แสดงออกหรือมองฉันด้วยความรัก				
3. พ่อแม่ให้คำปรึกษากับฉันเมื่อมีปัญหา				
.				
.				
.				
11. ฉันตระหนักว่าความคาดหวังของพ่อแม่ก็คือความคาดหวังของฉัน				
12. ฉันใส่ใจในทุกข์สุขของพ่อแม่				

## สัมพันธภาพระหว่างท่านกับโรงเรียนเป็นอย่างไร ?

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงอยู่บ้าง	จริงค่อนข้างมาก	จริงทีเดียว
1. ฉันมักทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน/สถานศึกษา				
2. ฉันพยายามรักษาชื่อเสียงของโรงเรียน/สถานศึกษา				
3. ในตอนเช้าฉันรู้สึกใจจดจ่อที่จะมาโรงเรียน....				
4. เมื่อมีการบ้าน ฉันตั้งใจทำงานกว่าจะเสร็จ				
.				
.				
.				
14. ฉันภูมิใจที่จะบอกคนอื่นว่าฉันกำลังเรียนอยู่ที่นี่				
15. ฉันรู้สึกว่าคุณครูปฏิบัติต่อนักเรียนอย่าง ไม่ยุติธรรมนัก				

ท่านมีความคิดเห็นต่อตนเองอย่างไร ?

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่า อย่างน้อยที่สุดก็พอๆ กับคนอื่น				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีคุณสมบัติที่ดีอยู่หลายอย่าง				
3. โดยภาพรวม ฉันมักจะรู้สึกว่าฉันเป็นคนล้มเหลว				
.				
.				
9. บางครั้งฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคน <u>ไม่มี</u> ประโยชน์				
10. บางครั้งฉันคิดว่าฉัน <u>ไม่มี</u> คุณค่าอะไรเลย				

ท่านมีความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่อย่างไร ?

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่เป็นการทำลายสุขภาพ				
2. การสูบบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองเงินทอง				
3. การสูบบุหรี่แสดงออกถึงความเป็นลูกผู้ชาย				
.				
.				
19. การสูบบุหรี่ในบางโอกาสเป็น สิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ กำลังดื่ม				
20. ฉันคิดว่า <u>ไม่ใช่</u> เรื่องเสียหายอะไรหากฉันจะ ทดลองสูบบุหรี่สักครั้ง				



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย

ลำดับขั้นการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกของไทย

ภาษาอังกฤษ

Smoking Stages Among Adolescents in the Eastern Part of Thailand

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดร.พรนภา หอมสินธุ์

3. หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

( / ) รับรองโครงการวิจัย

( ) ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 11 มกราคม พ.ศ. 2551

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย