



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยใน
กำกับของรัฐ ภาคตะวันออก

FACTORS ASSOCIATED WITH SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS
UNIVERSITY STUDENTS, EASTERN REGION

ภัควิรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยบูรพา

2562

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยใน
กำกับของรัฐ ภาคตะวันออก



ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2562
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS ASSOCIATED WITH SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS
UNIVERSITY STUDENTS, EASTERN REGION



PHAKWARIN PHATTHARASIRISOMBOON

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2019

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(พรนภา หอมสินธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(อาภาพร เผ่าวัฒนา)

..... กรรมการ
(สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ เดือน พ.ศ.

59920421: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: การสูบบุหรี่, ปัจจัยการสูบบุหรี่, นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก . (FACTORS
 ASSOCIATED WITH SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS
 UNIVERSITY STUDENTS, EASTERN REGION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา
 หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ปี พ.ศ. 2562.

59920421: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติ
 ชุมชน)

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่/ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่/ นักศึกษาสาขา
 วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของ
 นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก (FACTORS
 ASSOCIATED WITH SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS
 UNIVERSITY STUDENTS, EASTERN REGION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา
 หอมสินธุ์, Ph.D., รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D. 92 หน้า. ปี พ.ศ. 2562

การสูบบุหรี่ในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจ
 เนื่องจากจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์
 เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาส
 ติสุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาอายุ 18 ปีขึ้นไป
 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ และคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จำนวน 240 คน สุ่ม
 ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม คือแบบประเมินความเครียด
 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบ
 บุหรี่ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ได้นำมา

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น .81, .81, .88 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ร้อยละ 10.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนี้ ทดลองสูบบุหรี่ 25.0 เคยสูบบุหรี่ 37.5 และสูบเป็นบางครั้งตามโอกาสร้อยละ 37.5 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การใช้สารเสพติดอื่น ($= 28.44, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($p < .001$) ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($= 4.27, p = .039$) การสูบบุหรี่ของเพื่อน ($= 21.39, p < .001$) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ($p < .001$) การสูบบุหรี่ของครอบครัว ($= 10.00, p = .002$) ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งจะเป็นบุคคลากรสุขภาพสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยในอนาคตต่อไป

59920421: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: smoking, smoking factors, Health Science Students

PHAKWARIN PHATTHARASIRISOMBOON : FACTORS ASSOCIATED WITH
SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS UNIVERSITY STUDENTS,
EASTERN REGION. ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA HOM SIN, , RUNGRAT
SRISURIYAWET 2019.

59920421: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: SMOKING/ FACTORS ASSOCIATED WITH SMOKING/
HEALTH SCIENCE STUDENTS

PHAKWARIN PHATTHARASIRISOMBOON: FACTORS
ASSOCIATED WITH SMOKING AMONG HEALTH SCIENCE AUTONOMOUS
UNIVERSITY STUDENTS, EASTERN REGION. ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA
HOM SIN, Ph.D., RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D. 92 P. 2019

Smoking among health science students should be concerned, as they will take important role to take care of people's health in the future. The purposes of this study were to describe the smoking and examine the factors associated with smoking among health science students in the autonomous university, eastern region. The 240 representative sample recruited by a systematic random sampling. They were 18 years old and older who were studying in the field of health sciences including the faculty of medicine, faculty of nursing, faculty of public health, faculty of pharmaceutical sciences, faculty of allied health sciences, and faculty of Abhaibhubejhr Thai traditional medicine. Instruments used in this study were stress assessment form, attitude towards smoking questionnaire, attitude towards professional role about smoking questionnaire and smoking refusal self-efficacy questionnaire. The reliability was analyzed and the Cronbach's

alpha coefficient were .81, .81, .88 and .97 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test and Fisher's exact test.

Finding of the study showed that the smoking was 10.0%. Among the sample having smoking experience, 25% of them had already tried smoking, 37.5% of them had ever smoked and 37.5% of them have smoked occasionally. The significant factors related to smoking were other drug use ($= 28.44, p < .001$), smoking refusal self-efficacy ($p < .001$), attitude towards smoking ($= 4.27, p = .039$), peer smoking ($= 21.39, p < .001$), peer offers of smoking ($p < .001$), and family member smoking ($= 10.00, p = .002$). Results of the study will be beneficial to be as a smoking prevention guideline development for health science students who are going to be important health personal of Thai public health system in the future.

กิตติกรรมประกาศ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ และให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อีกทั้งยังติดตาม กระตุ้นในการทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และปลูกฝังให้มีการพัฒนาแนวคิด แนวทางในการศึกษาและความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อวิรัตน์ คุณแม่สำลี สมบูรณ์ และครอบครัว อันเป็นที่รักยิ่ง และเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้วิจัย คุณค่า และประโยชน์ของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทวดเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยได้พบความสำเร็จในครั้งนี้

ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบูรณ์

ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบูรณ์

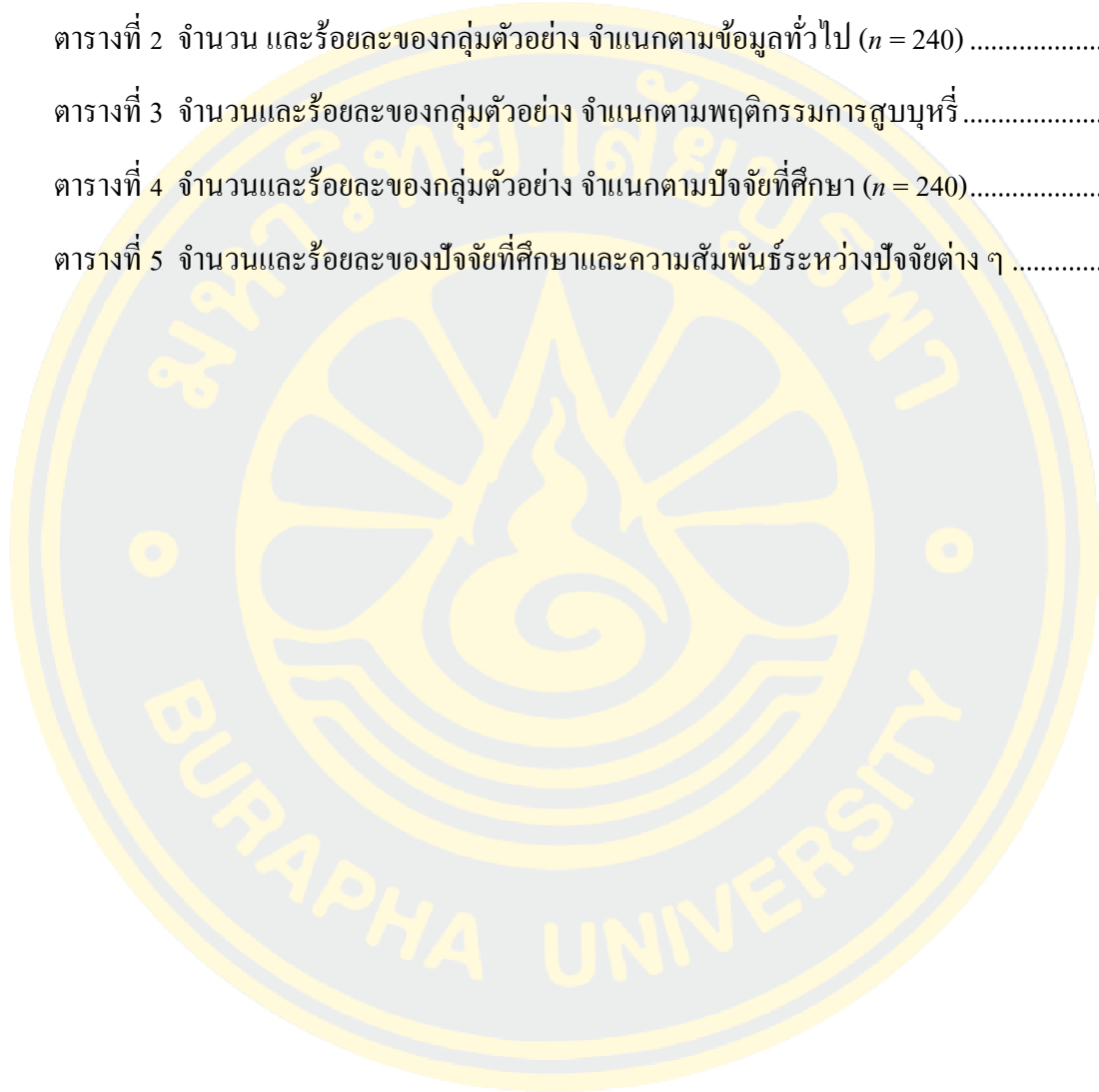
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	1
สารบัญภาพ	1
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย.....	12
สถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอุดมศึกษา.....	15
บุหรี่และผลกระทบจากการสูบบุหรี่	16
ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI).....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	28
บทที่ 3	37

วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
การคำนวณขนาดตัวอย่าง	37
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	44
บทที่	45
4 ผลการวิจัย	45
ข้อมูลทั่วไป	45
การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	47
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา.....	47
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	50
บทที่ 5	54
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	54
สรุปผลการวิจัย	54
การอภิปรายผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	63
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	64
บรรณานุกรม.....	65
ประวัติย่อของผู้วิจัย	75

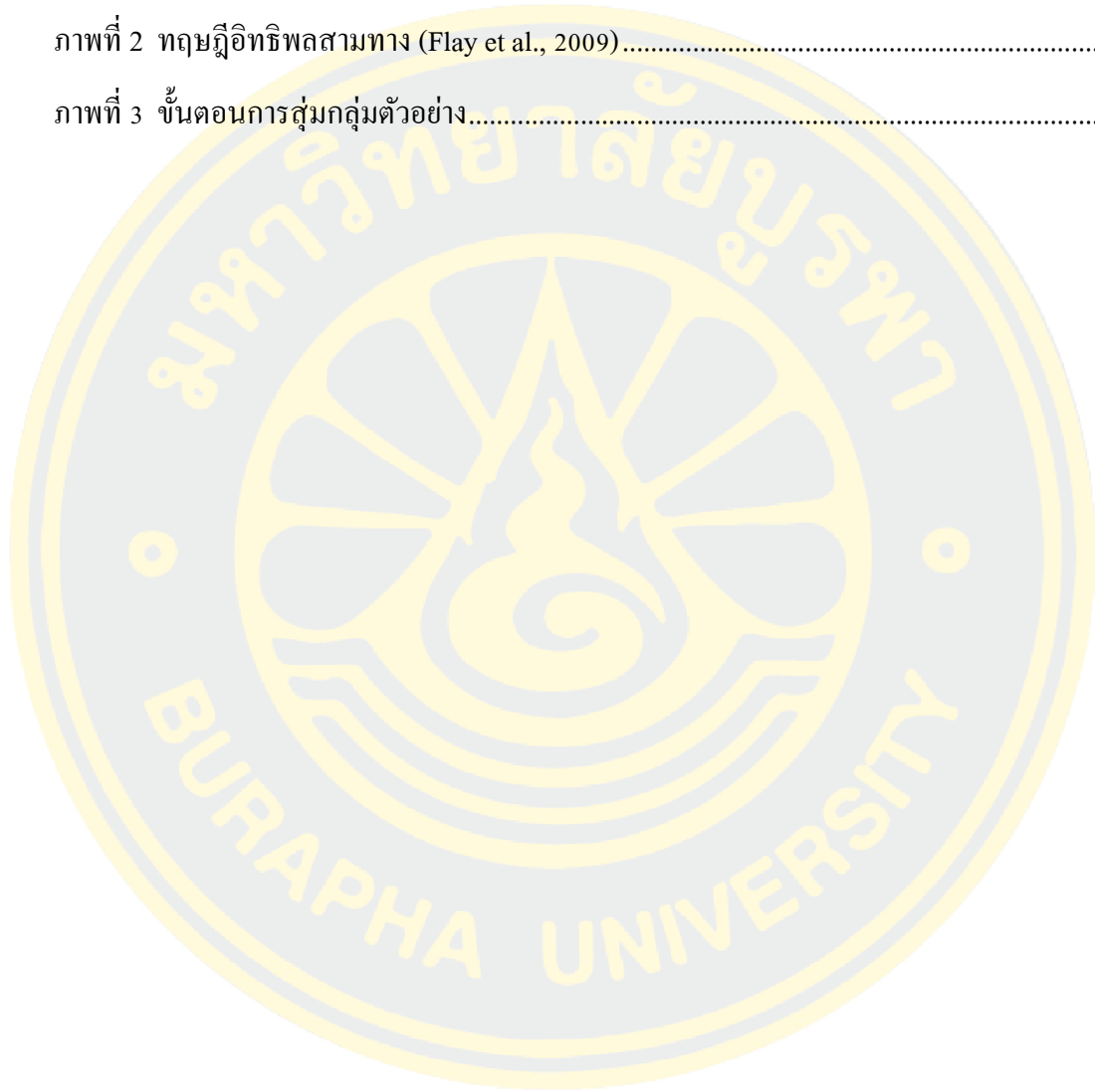
สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละคณะ	38
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 240$)	45
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	47
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา ($n = 240$)	48
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ	51



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay et al., 2009).....	25
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	39



บทที่

1 บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) โดยปี พ.ศ. 2551 บุหรี่คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน หรือเฉลี่ยวันละ 13,000 คน ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าผู้เสียชีวิตจากวัณโรค โรคนเอคส์ และไข้มาลาเรียรวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หากยังไม่มีมาตรการใด ๆ จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปั่นกระจำง, และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)

ประเทศไทยมีนโยบาย มาตรการ และการดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่หลากหลายวิธีมาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลการสำรวจการสูบบุหรี่ที่พระราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 แยกเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.8 และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.3 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.72 เพศหญิง ร้อยละ 1.67 ประเภทของบุหรี่ที่สูบ คือ บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานสูงถึงร้อยละ 56.0 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 49.3 บุหรี่ซิการ์/ ไปป์ และบุหรี่ชนิดอื่น ร้อยละ 0.1 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คือ อายุ 18.1 ปี เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบ คือ อายุ 17.8 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า กลุ่มเยาวชนมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบ คือ อายุ 16.2 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 คือ อายุ 15.6 ปี เยาวชนที่มีอายุ 19-24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.4 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 15-18 ปี ประมาณ 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 20.2 เป็นร้อยละ 20.4 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่กลุ่มเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 7.92 และร้อยละ 7.77 ในปี พ.ศ. 2558 และพ.ศ. 2560 ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ et al., 2559)

รายงานของ กระทรวงศึกษาธิการ 2554 อ้างถึงใน (สุวรรณณี จรุงจิตอรารี, นวลอนงค์ ชัยปิยะพร, สติลา เศรษฐไกรกุล, และอโนมา สันติวรกุล, 2556) พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีการสูบบุหรี่มากขึ้น ในขณะที่เด็กนักเรียนระดับมัธยมมีแนวโน้มสูบบุหรี่ลดลง เนื่องจากการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนอย่างจริงจัง และอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้นักศึกษาหันมาสูบบุหรี่มากขึ้น เช่น ปัญหาครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากวัยเด็กเป็นวัยรุ่น ปัญหาการเรียนที่เปลี่ยน

จากระดับมัธยมมาเป็นนักศึกษาที่ต้องปรับเปลี่ยนและช่วยเหลือตนเอง มากขึ้น ปัญหาทางด้าน อารมณ์ ปัญหาสังคมรอบด้าน พฤติกรรมการเลียนแบบ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้นักศึกษาในวัยนี้หันมาหา ที่พึ่งมากขึ้น ซึ่งบุหรี่เป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่นักศึกษามักนิยมใช้ ทั้งอยากลองเพื่อความสนุก และเป็น ทางออกของการแก้ปัญหา

การศึกษาในนิติตระดับปริญญาตรีภาคปกติทุกคณะของมหาวิทยาลัยบูรพา (ลักษณะพร กรุงไกรเพชรและกิตติ กรุงไกรเพชร, 2559) รวม 22 คณะ จำนวน 22,595 คน ซึ่งครอบคลุมทั้งสาขา สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า นิสิตมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.27 และการศึกษาของ (เบญจพร อรุณประภารัตน์, โชติกา วงศ์ เจริญ, และรัชดาภรณ์ แม้นศิริ, 2556) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ชั้นปีที่ 3 ทั้งหมด 3 สาขา คือ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขา สังคมศาสตร์ รวม 17 คณะ จำนวน 4,084 คน มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.9 และจากการสำรวจ โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคนยาสูบร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ในนักศึกษาระดับปีที่ 3 ของ 7 วิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย (Global Health Professionals Survey - GHPS) ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษษกร เทคนิค การแพทย์ กายภาพบำบัด และสาธารณสุข ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน ทั้งหมด 5,952 คน ซึ่งต้องออกไปเป็นกำลังสำคัญของการสาธารณสุขไทยในการดูแลประชาชนให้ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพแก่ประเทศ มีนักศึกษาที่เคย สูบบุหรี่อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต (Ever smoking) ร้อยละ 14.4 โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มวิชาชีพ พบว่า นักศึกษาสาธารณสุข นักศึกษากายภาพบำบัด นักศึกษาเภสัชกร นักศึกษาแพทย์ นักศึกษา ทันตแพทย์ นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ และนักศึกษายาบาล มีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (Currently smoking) ร้อยละ 8.2, 5.1, 5.0, 4.2, 4.0, 3.4 และ 1.7 ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ et al., 2559) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเยาวชนที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่ง จะต้องเป็นบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพประชาชนในอนาคต มีอัตราการสูบบุหรี่ ที่ไม่แตกต่างจากเยาวชนทั่ว ๆ ไปที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษามากนัก ทั้ง ๆ ที่ควรจะเป็นแบบอย่าง อันดีด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายจะก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเส้นเลือด ในสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคฟันและเหงือก ผลต่อการตั้งครรภ์ รวมทั้งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2559) ซึ่งในแต่ละปีมี ประชากรประมาณ 5.4 ล้านคนที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากบุหรี่

(ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, และฉัฐพล เทศขยัน, 2554) และจากรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ et al., 2559) พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีคนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จำนวน 309,343 คน ซึ่งมีสัดส่วนการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 36.06 โรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต ร้อยละ 22.50 โรคมะเร็งต่าง ๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง ร้อยละ 27.57 โรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 7.26 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 6.61

การสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และพบว่า นิโคตินมีฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดอื่น (วันทนา ทิพย์มณเฑียร, 2551) เช่น แอมเฟตตามีน โคเคน ทำให้เกิดการติดยา และกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางที่มีส่วนรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจ มีความตื่นตัว ผ่อนคลายและรู้สึกสุขสบายในระยะต้นได้ ผู้สูบบุหรี่จึงคิดว่าบุหรี่ช่วยคลายเครียดได้ จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป (ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2556) ดังนั้นในผู้สูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน แล้วหยุดสูบบุหรี่ทันทีจะทำให้มีอาการเศร้า หดหู่ หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่มีแรงจูงใจ ผลเหล่านี้มักทำให้ผู้ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทำไม่ได้และต้องการบุหรี่มาสูบบอกเพื่อทำให้ระดับอารมณ์และความรู้สึกกลับมาดีเหมือนตอนสูบบุหรี่อีกครั้งหนึ่ง และสารนิโคตินยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่มีภาวะเสพติดนิโคตินสูงจะมีผลเพิ่มการหลั่งของโดปามีนที่ Brain reward pathway และเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ ออกมาจากปลายประสาทอีกด้วย เช่น Acetylcholine, Serotonin, Norepinephrine, Glutamate และ GABA เป็นต้น ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ หรือมีความสุข จึงเกิดความต้องการนิโคติน มากขึ้นวนไปวนมา เมื่อสมองวัยรุ่นถูกกระตุ้นอยู่ในสภาพนี้นาน ๆ จะทำให้เกิดผลข้างเคียง คือ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย (จริญญา แก้วสกุลทองและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554)

การสูบบุหรี่ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย โดยพบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 15-19 ปี มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเอง โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 455 บาท (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ et al., 2559) และจากการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ต่อปี ซึ่งเป็นข้อมูลปรับปรุงปี พ.ศ. 2558 ของแผนงานการพัฒนาศักยภาพและการพัฒนานโยบาย พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ 1 ซอง หรือร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท หรือร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.56 การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 731 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.98

การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 293 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.39 และ การสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร เท่ากับ 61,219 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 81.75

นอกจากนี้การศึกษาของ พิราสินี แซ่จ๋อง, กานดา จันท์เยี่ยม, และสุจิตรา จรจิต (2553) ยังพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานล่าช้า เพราะเมื่อร่างกายไม่แข็งแรงก็ทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร ในส่วนของการเรียนทำให้คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิในการเรียน นอกจากนี้บุหรี่ ยังเป็นสารเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นคิด ที่เป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมต่าง ๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ลักเล็ก ขโมยน้อย หรือทำให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้ (จูริย์ อุสาหะ, ฐิติพร ก้นวิหค, เศรษฐี จุฬาสรีกุล, และ วิไลลักษณ์ หฤหรรษ์พงศ์, 2558) การสูบบุหรี่ยังทำให้มีกลิ่นเหม็นของควันบุหรี่ติดตามเสื้อผ้า เส้นผมและผิวหนัง ส่งผลต่อบุคลิกภาพ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2555) การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ ได้รับควันบุหรี่ เรียกว่า ควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) คือ การหายใจสูดควันบุหรี่เข้าไป โดยผู้ที่สูดดมเข้าไปสามารถเป็นมะเร็งได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่ง การพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสาโรจน์ นาคจ, 2550) และที่สำคัญการสูบบุหรี่ในนักศึกษาของ วิชาชีพสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ควรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน และมีบทบาท สำคัญในการเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ อาจมีผล ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้อื่น โดยไม่ได้ตั้งใจ และส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ลดลง ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของมาตรการควบคุมยาสูบได้ (Elamin, Elamin, Dafalla, El-Amin, & Elsidig, 2013)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในวัยรุ่นโดยทั่วไป การศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบจำนวนน้อยและเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทยที่พบ เป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาอัตราการสูบบุหรี่ ยังไม่พบการศึกษาระดับหาความสัมพันธ์ ของปัจจัยต่าง ๆ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2560; สุรินทร กลัมพากร, สุวัฒนา เกิดม่วง, และนิทัศน์ ศิริ โชติรัตน์, 2550) ผลการศึกษาความสัมพันธ์จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ อายุที่มาก มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าอายุน้อย (Arslan1, Aksitt, & BaŞbakkal, 2015; Bago, 2017; Karamat et al., 2011; Pankaj, Rathore, Saini, & Mangal, 2015; Rashid & Azizah, 2011; Taheri, Ghorbani, Salehi, & Sadeghnia, 2014) เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง (Eticha & Kidane, 2014; Sychareun et al., 2017) ภาวะเครียดทำให้มีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น การใช้สารเสพติดอื่น

(Al-Dubai,Al-Naggar,Alshagga,&Rampal, 2011; Melaku,Mossie,&Negash, 2015)

การใช้สารเสพติดอื่น (Eticha&Kidane, 2014; Tamaki et al., 2010) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ มีโอกาสสูบบุหรี่สูง (Ah,Ebert,Ngamvitroj,Park,&Kang, 2005; Bigwanto,Mongkolcharti,Peltzer,&Laosee, 2015) ทักษะที่ดีต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ (Bian et al., 2012a; Raddaha,Al-Sabeely,Mohamed,&Aldossary, 2017) ทักษะทางบวกต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ (Raddaha et al., 2017; Turhan et al., 2016) การสูบบุหรี่ของเพื่อน (AlSwuailem,AlShehri,&Al-Sadhan, 2014; Ozturk et al., 2011) และการถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (Ganesh,Subba,Unnikrishnan,Jain,&Badiger, 2011; Singh,Singh,Banerjee,&Basannar, 2003) ทำให้มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่สูง การสูบบุหรี่ของครอบครัว (Taheri et al., 2014; Tamaki et al., 2010) การพักอาศัยที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว (Ohida et al., 2001; Pankaj et al., 2015) และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ดี (Pankaj et al., 2015; Rashid&Azizah, 2011) มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

จากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นพหุปัจจัยที่มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) (Flay&Petraitis, 1994) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้การศึกษาในบริบทของการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ในวัยรุ่น โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากพหุปัจจัย หรืออิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) อิทธิพลภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) 2) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment/ Attitudinal influences) 3) อิทธิพลด้านสังคม (Interpersonal/ Social influences)

การวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากเขวชนกลุ่มนี้มีความรู้ ค่านิยม บริบททางสังคม สิ่งแวดล้อมทางการเรียนแตกต่างจากเขวชนกลุ่มอื่น จึงอาจมีปัจจัยสาเหตุของการสูบบุหรี่ที่แตกต่างจากนักศึกษาอื่น ๆ โดยใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทางเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยครอบคลุมปัจจัยที่พบว่ามีผลสำคัญทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทักษะต่อการสูบบุหรี่ ทักษะต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน และเป็นกำลังที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

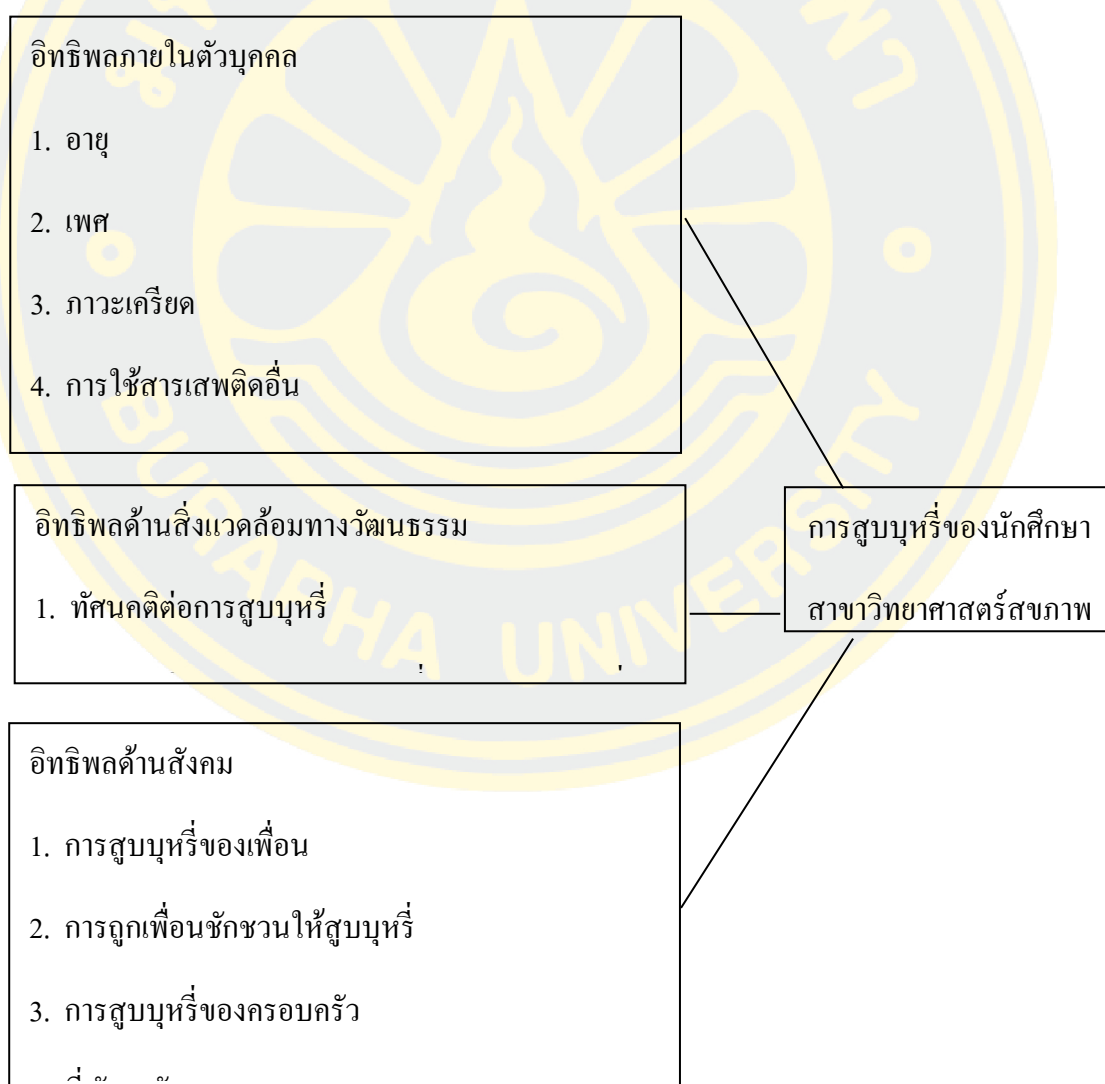
สมมติฐานของการวิจัย

1. อายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
4. การใช้สารเสพติดอื่นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
6. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
7. ทศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
8. เพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
9. การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
10. การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
11. ที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
12. สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI]) (Flay&Petraitis, 1994)เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นจากการศึกษาในบริบทของการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ในวัยรุ่น ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ อิทธิพลภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) อิทธิพลสิ่งแวดล้อมวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Cultural environment/ Attitudinal influences) และอิทธิพลระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (Interpersonal/ Social influences) โดยมีได้เกิดจากอิทธิพลเพียงตัวใดตัวหนึ่ง แต่มัก

เกิดพร้อมกัน หรือร่วมกัน และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การสูบบุหรี่ จึงเกิดจากพหุปัจจัยทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัยและสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งส่งผลทั้งโดยตรง (Proximal influences) และโดยอ้อม(Ultimate influences) ต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) โดยมุ่งเน้นหาความชุกของการสูบบุหรี่และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการสูบบุหรี่ในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคปกติ จำนวน 240 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. อิทธิพลภายในตัวบุคคล

1.1 อายุ

1.2 เพศ

1.3 ภาวะเครียด

1.4 การใช้สารเสพติดอื่น

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

2. อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม

2.1 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่

2.2 ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

3. อิทธิพลด้านสังคม

3.1 การสูบบุหรี่ของเพื่อน

3.2 การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่

3.3 การสูบบุหรี่ของครอบครัว

3.4 ที่พักอาศัย

3.5 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. บุหรี่ หมายถึง ซิกาเรต ซิการ์ ยาเส้นที่มวนสูบเอง หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ และบุหรี่อื่น เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ เป็นต้น(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2. การสูบบุหรี่ หมายถึง การเคยหรือไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

3. ภาวะเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดัน จนทำให้รู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ วิตโดยแบบประเมินความเครียดของ (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) ซึ่งประเมินจากสิ่งที่เป็นผลสะท้อนจากความเครียด ได้แก่อาการนอนไม่หลับ สมาธิ ลดลง หงุดหงิด ความรู้สึกเบื่อไม่อยากพบปะผู้คนใน 1 เดือนที่ผ่านมา

4. การใช้สารเสพติดอื่น หมายถึง ประสบการณ์การใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดอื่นของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แอลกอฮอล์ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่นของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการสูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ตามแนวคิดของ Bandura (1997b) วัดโดยใช้แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของ Ford,Diamond,Kelder,Sterling,&McAlister (2009)

6. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นไทยของ Homsin,Srisuphun,Pohl,&Tiansawas (2006) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด Weber (1992 อ้างถึงใน(Homsin, 2006)) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ได้แก่ ความเชื่อต่อผลการสูบบุหรี่ 2) ความรู้สึก (Affective) ได้แก่ ความรู้สึก อารมณ์ที่มีต่อการสูบบุหรี่ และ 3) ด้านการปฏิบัติ (Behavioral) ได้แก่ ความเชื่อต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

7. ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ต่อบทบาทของวิชาชีพสุขภาพที่มีต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการไม่สูบบุหรี่ และการทำหน้าที่ด้านการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในผู้รับบริการของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จาก สุรินทร กลัมพากร et al. (2550)

8. การสูบบุหรี่ของเพื่อน หมายถึง ประสบการณ์การมีหรือไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
9. การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ หมายถึง ประสบการณ์การเคยหรือไม่เคยถูกเพื่อนโน้มน้าวให้สูบบุหรี่ โดยใช้คำพูดหรือแสดงท่าทางที่แสดงถึงการชักจูงของนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
10. การสูบบุหรี่ของครอบครัว หมายถึง ประสบการณ์การมีหรือไม่มีบุคคลในครอบครัวของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ พ่อแม่ พี่ น้องที่สูบบุหรี่
11. ที่พักอาศัย หมายถึง สถานที่ ที่ใช้อาศัยอยู่เป็นประจำ ได้แก่ บ้าน และหอพักของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
12. สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ความเพียงพอของรายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย
2. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
3. บุหรี่และผลกระทบจากการสูบบุหรี่
4. ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI])
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย

ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) มาจากภาษาละตินว่า “Adolescere” หมายถึง การเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ (To grow into maturity) คือการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาวแต่ยังไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นวัยผู้ใหญ่ (สุรางค์ เชื้อวณิชชากร, 2556)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO.], 2011) ได้ให้คำจำกัดความวัยรุ่น ว่าเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 10-22 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนจากเด็กเป็นผู้ใหญ่และมีลักษณะที่แตกต่างจากเด็กและผู้ใหญ่ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุระหว่าง 10-14 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุระหว่าง 15-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุระหว่าง 18-22 ปี

สุวรรณ เรื่องกาณจนเศรษฐ์ (2551) ได้อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโต และมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว

อาภรณ์ ดินาน (2551) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง

(อาวูจ เจริญนนทสิทธิ์, 2553) วัยรุ่นคือวัยอันเชื่อมระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ มีการปรับตัวกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อค้นหาเอกลักษณ์เฉพาะของตัวเอง

โดยเลือกเอาลักษณะบางอย่างของผู้อื่นมาใช้เป็นลักษณะของตนเอง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักความสามารถของตน รวมทั้งมีการวางแผนชีวิต

พรนภา หอมสินธุ์ (2558) กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมีผลกระทบซึ่งกัน และกัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกันในวัยรุ่นแต่ละคน

สรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วงวัย 10-22 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมีผลกระทบซึ่งกันและกัน แบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย

พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย

วัยรุ่นตอนปลาย เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สติปัญญา จริยธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีพัฒนาการที่สำคัญดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical development)

ในวัยนี้ขนาดทุกสัดส่วนเจริญเต็มที่บอกลักษณะความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านทั้งลักษณะภายนอกที่ขึ้นกับพันธุกรรม อาหาร การเลี้ยงดู สุขนิสัย สิ่งแวดล้อม และลักษณะภายในที่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะภายใน เป็นต้น มีการแบ่งแยกหน้าที่ของกล้ามเนื้อต่าง ๆ การเจริญเติบโตของกระดูกแขนขา และไหล่ เห็นได้ชัดเจน มีการเจริญของสมองเต็มที่มีลักษณะรูปหน้าที่ยาวขึ้น หน้าผากมีขนาดกว้าง จมูกริมฝีปากหนาขึ้น ขากรรไกรกว้างออก พัฒนาการทางด้านน้ำเสียง ซึ่งจะเจริญกว่าวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางมาก วัยรุ่นชายมีเสียงห้าวทึมแบบชายหนุ่ม ในวัยรุ่นหญิงน้ำเสียงจะบอกความเป็นหญิงสาวมากขึ้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางเพศ เป็นช่วงระยะที่อวัยวะสืบพันธุ์และต่อมเพศเจริญเต็มที่ ในเพศหญิงหน้าอกและสะโพกขยายเต็มที่ มดลูกภายในเจริญเต็มที่ ขนที่อวัยวะเพศและรักแร้จะมีลักษณะแข็ง หยิบขึ้น ในเพศชาย อสุจิเจริญเติบโตเต็มที่ จะมีการหลั่งอสุจิในเวลากลางคืนจะมีการฝันเปียก ถือเป็นขบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยทั้งสองเพศมักมีพฤติกรรมความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งเพศชายจะมีมากกว่าเพศหญิง (พนม เกตุมาน, 2550; พรนภา หอมสินธุ์, 2558; พิมพารณ์ กลั่นกลิ่น, 2555; สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development)

เป็นระยะที่สติปัญญาเจริญสูงสุด ความจำดี มีความคิดได้ทั้งรูปธรรมและนามธรรม จินตนาการกว้างขวาง ความคิดลึกซึ้ง คิดอย่างมีเหตุผล คิดอย่างวิทยาศาสตร์ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ได้เกือบเท่ากับผู้ใหญ่ สามารถคิดวิเคราะห์ตนเอง โดยวิธีการสังเกตตนเอง เริ่มมีความคิดส่วนตัวที่

เก็บไว้เฉพาะในใจ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุมีผล สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดี สามารถเก็บเอาไว้คิดนำมาใช้ และเลือกรับข้อมูลตามความต้องการ หรือ เลือกรับข้อมูลพร้อมกันได้หลายข้อมูล สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง วางแผนอนาคตของตนเองได้ ความสามารถทางสติปัญญาจะพัฒนาการตามลำดับขั้น ซึ่งพัฒนาการทางสมองจะค่อยเป็นค่อยไปจึงเห็นได้ไม่ชัดเจนเท่าทางด้านร่างกาย (พนม เกตุมาน, 2550; พรนภา หอมสินธุ์, 2558; สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

3. พัฒนาการด้านอารมณ์ (Psychology development)

อารมณ์ที่รุนแรงค่อย ๆ สงบลงเป็นสุขุม เยือกเย็น สุภาพเรียบร้อยขึ้น จะอดทนยับยั้งชั่งใจมากขึ้นควบคุมอารมณ์ของตนได้ สามารถเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ดีขึ้น มีการประนีประนอม ยอมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ รู้ขอบเขตและข้อจำกัดของตนเอง ในด้านความรู้สึกเมื่อมีสิ่งเร้าจะไม่ค่อยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ มีความคิดที่ละเอียดอ่อนมากขึ้น เรียนรู้กฎเกณฑ์ของสังคมและเรียนรู้ที่จะแสดงอารมณ์ได้เหมาะสมในรูปแบบที่สังคมยอมรับได้ (พนม เกตุมาน, 2550)

4. พัฒนาการด้านสังคม (Social Development)

พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นช่วงนี้เด่นชัดมาก วัยรุ่นตอนปลายมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน อาจารย์ และสังคม แสวงหาเพื่อนที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านของบุคลิกลักษณะ ความชอบ และเป็นเพื่อนที่สามารถไว้วางใจได้ เข้าใจกัน มักยึดมั่นกับกลุ่มเพื่อน ต้องการมีประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีการปฏิบัติกันในสังคม เช่น มีพฤติกรรมแสดงออกทางกาย วาจา การแต่งกายที่เหมือนกลุ่ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น มีความสามารถที่ดีในการปรับตัวเข้ากับสังคม มีการแสดงออกทั้งการพูดและท่าทาง มีความสามารถทางสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นมาก อีกทั้งให้ความสนใจกับชีวิตครอบครัวมากเป็นพิเศษ เริ่มศึกษาบทบาทพ่อแม่ที่วางตัวกับตนพอ ๆ กับความเป็นเพื่อนที่ปฏิบัติต่อกันในกลุ่ม ระยะเวลาเป็นวัยแห่งการรักและติดเพื่อนมาก และจะรู้สึกว่าความสำเร็จของชีวิตในวัยนี้ คือการมีเพื่อนมาก และมีเพื่อนต่างเพศที่ตนเองพึงพอใจ (พนม เกตุมาน, 2550; พรนภา หอมสินธุ์, 2558; พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555; สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) สำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษามักจะอยู่ในวัยกำลังจะเป็นผู้ใหญ่หรือวัยผู้ใหญ่ในระดับปริญญาตรี จะมีความกระตือรือร้นและมีอุดมการณ์สูง สนใจในสิ่งที่อยากรู้ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) (สมชาย รัตนทองคำ, 2554) และนอกจากนี้นักศึกษาในมหาวิทยาลัยยังต้องการแสวงหาความมั่นคงทางสังคม เพราะบางครั้งเมื่อเข้ามาในมหาวิทยาลัยก็เกิดความรู้สึกเหมือนคนหลงทาง และนักศึกษาคิดว่ามหาวิทยาลัยจะเป็นที่ที่ทำให้ได้คลายความสับสนไร้ทิศทางกับทางครอบครัว พยายามคิดหาทางห่างจากครอบครัวเพื่อต้องการความอิสระ

จึงต้องการคนที่จะช่วยสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และหาคนที่ถูกใจเป็นเพื่อน (Kauffman, 1968 อ้างถึงใน (วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา, 2543))

5. พัฒนาการด้านจริยธรรม (Moral development)

ความรู้ที่เพิ่มขึ้นและความคิดที่สมเหตุสมผล จะทำให้วัยรุ่นมีการพัฒนาด้านจริยธรรมอย่างต่อเนื่องรู้สึกชอบชั่วดี นอกจากนี้การที่วัยรุ่นต้องการยอมรับจากเพื่อนจะช่วยทำให้วัยรุ่นต้องเรียนรู้และปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มที่ช่วยกันสร้างหรือสร้างขึ้นมาโดยผู้นำกลุ่ม หากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มจะทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับ ซึ่งการเรียนรู้กฎระเบียบของกลุ่มนี้จะช่วยให้วัยรุ่นได้พัฒนาด้านจริยธรรมเพิ่มขึ้น รวมทั้งจะส่งผลถึงการปฏิบัติตนในอนาคตอย่างมีศีลธรรม จริยธรรมและเคารพกฎหมาย (พนม เกตุมาน, 2550)

สรุปได้ว่า พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เจริญเติบโตเต็มที่ทุกสัดส่วน สามารถคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ อารมณ์ที่รุนแรงจะเปลี่ยนเป็นสุขุม เยือกเย็น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคม ต้องการมีประสบการณ์ต่างๆที่มีการปฏิบัติกันในสังคม เช่น การแต่งกายที่เหมือนกลุ่ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม ได้ดี และรู้สึกชอบชั่วดี มีศีลธรรม จริยธรรมและเคารพกฎหมายเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

จากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบของประเทศไทย 2560 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ,ปริวัฒ นันกระจำง,และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2561) พบว่า วัยรุ่นกลุ่มอายุ 19-24 ปี หรือวัยอุดมศึกษาทั่วไป มีอัตราการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.2 เป็นร้อยละ 20.4 ในปีพ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ ส่วนในนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า นักศึกษาปีที่ 3 ของ 7 วิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย (Global Health Professionals Survey [GHPS]) ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษษกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด และสาธารณสุข ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวนทั้งสิ้น 5,952 คน มีนักศึกษาที่เคยสูบบุหรี่อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตร้อยละ 14.4 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ et al., 2561) และในนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ของหลักสูตรปริญญาตรีด้าน สาธารณสุขศาสตร์ จากสถาบันการศึกษาสาธารณสุข 8 แห่ง ได้แก่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (สุรินธร กลัมพากร et al., 2550) มีพฤติกรรมเคยอดสูบบุหรี่ยึดเป็น ร้อยละ 21.4

โดยพบพฤติกรรมเคยอดสูบบุหรี่ยึดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 47.7 และร้อยละ 13.5 ตามลำดับ โดยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเคยอดสูบบุหรี่เส้น จีโย กล้องยาสูบ ซิการ์ มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 7.6 โดยนักศึกษาชายมีพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่านักศึกษาหญิง คิดเป็นร้อยละ 16.8 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ

สำหรับแบบแผนการสูบบุหรี่ พบว่านักศึกษาที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันจะสูบบุหรี่ภายใน 30 นาที หลังตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 0.5 โดยนักศึกษาชายสูบบุหรี่ภายใน 30 นาที หลังตื่นนอนตอนเช้ามากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 0.7 และ 0.4 ตามลำดับ นักศึกษาเคยอดสูบบุหรี่ในบริเวณพื้นที่ของคณะ/วิทยาลัยในปีที่ผ่านมาว่ามากกว่านักศึกษาที่เคยอดสูบบุหรี่ภายในตัวอาคารของคณะ/วิทยาลัย (สุรินธร กลัมพากร et al., 2550) ร้อยละ 3.1 และ 1.9 ตามลำดับ โดยนักศึกษาชายสูบบุหรี่ในบริเวณพื้นที่ของคณะ/วิทยาลัยมากกว่านักศึกษาหญิง ร้อยละ 10.1 และ 0.9 ตามลำดับ และการศึกษาของในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ยังพบว่า นักศึกษาสูบเฉลี่ยต่อวันส่วนใหญ่ 2-5 มวน ร้อยละ 45.24 สูบทุกวัน ร้อยละ 45.23 รองมาสูบสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 19.04 ยี่ห้อยี่ห้อที่สูบเรียงตามลำดับ คือ LM, Malbolo, กรองทิพย์ และทำเอง/ ยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 33.33, 14.29, 4.76 และ 2.38 ตามลำดับ แหล่งของบุหรี่ยึดที่ได้มาส่วนใหญ่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 61.90 ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.71 โอกาสในการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ เมื่อไปเที่ยวกลางคืน/ ดื่มสุรา ร้อยละ 35.90 สถานที่ ที่มักจะสูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ เชนหรือผับ ร้อยละ 35.29 รองมาคือ ที่พักอาศัย ร้อยละ 29.41

โดยสรุปนักศึกษาระดับอุดมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และนักศึกษาศาสนาวิทยาศาสตร์สุขภาพก็มีอัตราการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างจากนักศึกษาโดยทั่วไปมากนัก

บุหรี่ยึดและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ยึด

ความหมายของบุหรี่ยึด

บุหรี่ยึดเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติด คือยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย” (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ยึด, 2560)

บุหรี่ หมายถึง สิ่งที่ทำจากใบยาสูบ มีการประดิษฐ์ในรูปแบบต่างๆ รวมถึงบุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ (พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่, 2535)

บุหรี่ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคทีนาทาแบกุ่ม (Nicotiana tabacum) และผลิตภัณฑ์ที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ มีการสูบ ดม อม เคี้ยว หรือโดยวิธีอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สรุปได้ว่า บุหรี่ หมายถึงยาสูบ และเป็นสารเสพติด ที่มีการประดิษฐ์ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์และบุหรี่อื่นๆ เป็นต้น

ประเภทของบุหรี่

สามารถจำแนกตามการใช้งานออกได้เป็น 2 กลุ่ม ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked tobacco) และผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) (ประกิจ วาทีสาชกกิจ, 2552; พรนภา หอมสินธุ์, 2558; รัศมี สังข์ทอง, 2553; ศรัญญา เบญจกุล et al., 2553) มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked tobacco) สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 บุหรี่โรงงาน (Manufactured cigarettes) หรือบุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต อาจมีก้นกรอง หรือไม่ก้นกรอง และผลิตทั้งภายในและนอกประเทศ เช่น กรองทิพย์ สายฝน วันเดอร์ และ แอล แอนด์ เอ็ม เป็นต้น
 - 1.2 บุหรี่มวนเอง (Hand-rolled cigarettes/Roll Your Own: RYO) เป็นบุหรี่ที่มวนด้วยตนเอง และม้วนหุ้มยาเส้นด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ใบตอง ใบจาก ใบบัว และกระดาษ เป็นต้น
 - 1.3 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่น ๆ (Other smoked tobacco) ได้แก่ ซิการ์ (cigar) ไปป์ (pipe) ยาสูบที่สูบผ่านน้ำเช่น ชิชา (shisha) ฮุกกา (hookah) บาราคุ (baraku) และอื่น ๆ เช่น บุหรี่จี้โย ซึ่งเป็นบุหรี่พื้นเมืองของชาวเหนือ และบุหรี่ยูรส ที่มีรสชาติเลียนแบบผลไม้รสหวานหรือสมุนไพร เป็นต้น
2. ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง โดยนำใบยาสูบมาหั่นฝอย ใช้สำหรับอมหรือจุกทางปาก และเคี้ยว (chewing tobacco) หรือใช้เป็นส่วนผสมของหมากพลู ยานัตถ์ (snuff tobacco) และบุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarette) เป็นต้น

สารประกอบในบุหรี่

เมื่อมีการจุดบุหรี่สูบ การเผาไหม้ทำให้เกิดควันบุหรี่ โดยจะมีส่วนประกอบของก๊าซและสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็งกว่า 70 ชนิด (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560; รัสมิ่ สังข์ทอง, 2553; ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ, 2551; สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ, 2552) โดยสารประกอบที่สำคัญมีดังนี้

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารพิษอย่างแรง มีฤทธิ์เสพติด ที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี ร้อยละ 95 มีคุณสมบัติละลายน้ำได้ดี ออกฤทธิ์ภายใน 5-7 วินาที หลังจากเข้าสู่ร่างกาย มีผลกระตุ้นประสาท ทำให้หลอดเลือดหดตัว ไ้ไขมันในเลือดชนิดไม่ดีสูงขึ้น มีผลให้หลอดเลือดตีบลง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ผนังหลอดเลือดเสื่อม เลือดมีความหนืด ความอยากอาหารน้อยลง ถ้าได้รับนิโคตินปริมาณสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้ทันทีจากการที่กล้ามเนื้อหายใจเป็นอัมพาต สารนิโคตินทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกที่เป็นสุขสบายใจ เมื่อติดบุหรี่จึงเลิกยาก ระดับของนิโคตินจะสะสมอยู่ในร่างกายนานถึง 48 ชั่วโมง

2. ทาร์หรือน้ำมันดิบ (Tar) มีลักษณะเป็นละอองของเหลวสีน้ำตาล ทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจทำให้ไอเรื้อรังมีเสมหะ เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคมะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่นๆ และผู้สูบบุหรี่จะมีฟันเหลือง บริเวณนิ้วมือที่จับบุหรี่เป็นประจำจะเป็นสีน้ำตาล

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับที่ออกมาจากท่อไอเสียรถ คาร์บอนมอนอกไซด์จะจับตัวกันกับฮีโมโกลบินได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ส่งผลให้หัวใจและปอดทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบน้ำตาลไปเลี้ยงร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ยังทำลายคุณสมบัติของผนังเส้นเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจ ทำให้เกิดหัวใจวายได้

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย และถุงลมทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง มีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

6. สารกลุ่มโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, PAH) กระบวนการเมตาบอลิซึมของสารกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดกลายพันธุ์และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะกับอวัยวะต่างๆ

7. สารต่อต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) จะทำลายโครงสร้าง และหน้าที่ของผนังเซลล์ ก่อให้เกิดความผิดปกติต่างๆ เช่น โรคชรา เนื่องจากเซลล์ถูกทำลาย โรคหลอดเลือด และหัวใจขาดเลือด โรคเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงการกลายพันธุ์ของเซลล์ ซึ่งอาจจะพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็งได้

8. สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่างๆ เช่น Polonium - 210 ที่มีรังสีแอลฟาและยังมีสารก่อมะเร็ง เช่นทำให้เกิดมะเร็งปอด

9. อะซิโตน (Acetone) เป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในน้ำยาล้างเล็บ ก่อให้เกิดการระคายเคืองจากการสูดดม และมีผลต่อเซลล์ตับทำให้เซลล์ตับตายได้เป็นจำนวนมาก

10. สารตะกั่ว (Lead) เป็นสารโลหะที่ทำลายสมอง ไต ระบบประสาท และเม็ดเลือดแดงอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในเด็ก จะดูดซึมได้ดี ทำให้ไปยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ความเฉลียวฉลาดจะช้ากว่าเด็กปกติ การรับรู้สั้น

11. สารปรอท (Mercury) เป็นสารโลหะ ที่เป็นพิษต่อสมองทำให้เกิดอาการสั่น ความจำเสื่อม และโรคไต

12. แคดเมียม (Cadmium) การได้รับสารเป็นระยะเวลานาน สามารถทำอันตรายต่อไต ตับ และสมอง และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดและอวัยวะ

13. สารปรุงแต่งต่างๆ ที่อยู่ในบุหรี่ เพื่อให้บุหรี่มีรสชาติดีขึ้น หรือเพื่อให้มีนิโคตินลดลง แต่สารหลายชนิดนี้ทำให้พิษภัยในบุหรี่เพิ่มขึ้น ได้แก่

13.1 โกโก้ (Cacao) เมื่อรับประทานจะไม่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง แต่หากนำมาใช้เป็นสารปรุงแต่งกลิ่นรสบุหรี่ เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้น โกโก้จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง

13.2 สารไกลไซร์ริซิน (Glycyrrhizin) สามารถออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับเอาควันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น ช่วยให้บรรเทาอาการระคายเคืองของปากและลำคอจากควันบุหรี่ แต่เมื่อไกลไซร์ริซินถูกเผาไหม้ก็เป็นสารก่อมะเร็ง

13.3 น้ำตาล (Sugar) จะช่วยในการเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

13.4 แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสปตา หลอดลมอักเสบและไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างในบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

13.5 เมนทอล (Menthol) ทำให้สูบบุหรี่แล้วรู้สึกเย็นคอ โดสรสของเมนทอลทำให้ผู้สูบบุหรี่อดควันเข้าสู่ปอดมากขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่างๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการทั้งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การสูบบุหรี่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เพราะในบุหรี่ประกอบไปด้วยสารพิษต่างๆ มากมายหลายชนิด และมีผลต่อสุขภาพทั้ง โดยทางตรงและทางอ้อม โรคที่เกิดจาก (กรมอนามัย, 2551; กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2559; มูลนิธิรณรงค์ช่วยให้เลิกบุหรี่และสารเสพติด, 2556; มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550; สุริยเดว ทรีปาตี, 2558) มีดังนี้

1.1 โรคสมองเสื่อม เนื่องจากในช่วงวัยรุ่นร่างกายกำลังพัฒนาสมองส่วนของการคิดกับการทำงานขั้นสูง หากได้รับสารนิโคตินจากการสูบบุหรี่ การพัฒนาในส่วนนั้นก็จะถูกทำลายไปตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบ ส่งผลต่อความจำ การเรียนรู้ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของสมองลดลง และ การรับรู้ที่แปรปรวน

1.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเราสูบบุหรี่เข้าไป สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจหดตัวในระยะแรก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โดยมีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ในระยะต่อมาทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจนเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ และหากเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองเสื่อมนำไปสู่การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ แต่ถ้าเป็นหลอดเลือดส่วนปลายที่ขาจะทำให้เกิดแผลเรื้อรังจนต้องตัดขาทิ้ง

1.3 โรคมะเร็ง นอกจากโรคมะเร็งปอดที่เป็นโรคร้ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่แล้ว มะเร็งของอวัยวะอื่นๆ อีก 12 กว่าชนิดก็เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน ได้แก่ มะเร็งของระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่มะเร็งช่องปากและลำคอ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะคือ มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่เว้นแม้แต่ อวัยวะเพศหญิงคือ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

1.4 โรคระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

1.5 โรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคลำไส้อักเสบ และมะเร็งหลอดอาหาร รวมถึงการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* เพราะสารเคมีในบุหรี่ จะไปทำให้กระเพาะ

อาหารมีการผลิตน้ำย่อยออกมามาก จนทำให้กระเพาะอาหารเกิดแผลจากการกัดกร่อนของน้ำย่อย ส่งผลให้เป็นโรคกระเพาะและเสี่ยงโรคมะเร็งได้ หากสูบบุหรี่บ่อยๆ และสูบในปริมาณมากต่อวันก็อาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้

1.6 โรคในช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค และภาวะความผิดปกติในช่องปากหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งของช่องปาก โดยเฉพาะมะเร็งของลิ้น และริมฝีปาก โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟัน เป็นต้น

1.7 โรคผิวหนังเหี่ยวเฉา วัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะทำให้เกิดริ้วรอยเหี่ยวเฉาบนใบหน้า รอยตีนกามากกว่าเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันที่ไม่สูบบุหรี่นับ 20 ปี เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงผิวหนังหดตัว ผิวพรรณจึงได้รับสารอาหารและออกซิเจนน้อยกว่าปกติ ในขณะเดียวกันของเสียจากเซลล์ผิวหนัง คือการ์บอนไดออกไซด์จะสะสมในเซลล์ ทำให้เซลล์ผิวหนังเจริญเติบโตและซ่อมแซมตัวเองไม่ได้ อีกทั้งการสูบบุหรี่นั้นทำอันตรายต่อผิวหนังได้รุนแรงพอๆ กับการโดนแสงแดดเผาเพราะภัยของบุหรี่จะทำให้กล้ามเนื้อหดตัว จึงเกิดรอยย่นรอบดวงตา ตามหน้าผากและรอบปาก

1.8 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดจากเส้นเลือด และเส้นประสาท ที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งควันบุหรี่ มีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง และยังพบตัวอสุจิในผู้สูบบุหรี่ มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจำนวนอสุจิลดลงด้วย

1.9 ผลต่อเด็กในครรภ์และทารก มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อเด็กทารก คือทารกตัวเล็กและน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าปกติ ระยะเวลาการตั้งครรภ์สั้นลง มีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนด และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก อัตราการแท้งสูงขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ทารกมีความพิการแต่กำเนิด และค่อนข้างจะเรียนรู้ช้ากว่าปกติ

1.10 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่โรคกระดูกพรุน การสูบบุหรี่จะลดเลือดที่ไปเลี้ยงกระดูก นิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ยังลดการสร้างกระดูกและลดการดูดซึมแคลเซียมทำให้ผู้ที่สูบมีโรคกระดูกพรุน กระดูกหักง่าย และการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการอักเสบของข้อและกระดูกจากการออกกำลังกายได้ง่าย มีการฉีกของเอ็นและกล้ามเนื้อได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

เมื่อสารนิโคตินเข้าสู่สมอง นิโคตินจะเข้าไปจับกับ Nicotinic acetylcholine receptor [nAChR] ที่กระจายอยู่ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจับของนิโคตินกับ nAChR คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าที่เยื่อหุ้มเซลล์ (Depolarization) ทำให้มีการหลั่งของโดปามีน (Dopamine) ออกมาจากปลายประสาท Ventral Tegmental Area

[VTA] มากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจสบายใจขึ้น มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจ ผู้สูบบุหรี่จึงรู้สึกว่า การสูบบุหรี่สามารถคลายเครียดได้ และมีผลในการลดความอยากอาหารด้วย นอกจากนี้สารนิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งของโดปามีนที่ Brain reward pathway แล้วยังมีผลเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ ออกมาจากปลายประสาทอีกด้วย เช่น Acetylcholine, Serotonin, Norepinephrine, Glutamate และ GABA เป็นต้น (รรินทร ชาญญานูวัตติ, 2554) นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่จะมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางแล้ว ยังพบว่านิโคตินมีฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดอื่น (วันทนา ทิพย์มณเฑียร, 2551) เช่น แอมเฟตตามีน โคเคน ทำให้เกิดการติดยา และผู้สูบบุหรี่ที่สูบติดต่อกันเป็นเวลานาน แล้วหยุดสูบบุหรี่ทันทีจะทำให้มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ไม่มีแรงจูงใจ ผลเหล่านี้มักทำให้ผู้ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทนนไม่ได้และต้องการบุหรี่มาสูบอีก เพื่อทำให้ระดับอารมณ์และความรู้สึกกลับมาดีเหมือนตอนสูบบุหรี่อีกครั้ง และสารนิโคตินในบุหรี่ยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่มีภาวะเสพติดนิโคตินสูง ก็จะมีประสาทตัวรับรู้และตัวสั่งการมากขึ้นจึงเกิดความต้อการนิโคตินมากขึ้นจนไปวนมา เมื่อสมองวัยรุ่นถูกกระตุ้นอยู่ในสภาพนี้นาน ๆ จะทำให้เกิดผลข้างเคียงคืออาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย (จริญญา แก้วสกุลทองและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

บุหรี่ยังถือว่าเป็นสินค้าที่สิ้นเปลือง และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจให้กับผู้สูบและครอบครัว ซึ่งผลการสำรวจผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่ยังตนเองโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) การประมาณความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ยี่ 1 ซอง หรือร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท หรือร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.56 การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 731 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.98 การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 293 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.39 และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร เท่ากับ 61,219 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 81.75 ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อนักสูบหน้าใหม่เพศชาย 1 คนมีค่าประมาณ 158,000 บาทตลอดช่วงชีวิต โดยแบ่งเป็นต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 96,000 บาท ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 62,000 บาท และจะมีอายุสั้นลง 4.6 ปี ในเพศหญิง ต้นทุนต่อนักสูบหน้าใหม่ 1 คนจะมีค่าประมาณ 85,000 บาท แบ่งเป็น ต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 32,000 บาท และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 53,000 บาท และจะมีอายุสั้นลง 3.4 ปี

(ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ et al., 2559) ผลกระทบดังกล่าวถือเป็นการสูญเสียทั้งบุคลากรและทรัพย์สินที่มีมูลค่ามหาศาล ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศ ให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ และในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่น การซื้ออาหาร และการใช้จ่ายในด้านการศึกษา (ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2556)

4. ผลกระทบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่ไปด้วย ที่เรียกว่า การได้รับควันมือสอง (secondhand smoking-SHS) หรือการสัมผัสควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม (environmental tobacco smoke-ETS) (Scientific committee on Tobacco and Health [SCOTH.], 1998) ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และที่สำคัญการสูบบุหรี่ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อาจมีผลต่อวิธีการในการรักษาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 43.4 รายงานว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่วนบุคคลของแพทย์มีอิทธิพลต่อวิธีการรักษาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ภายในปีที่ผ่านมา (Armstrong, Veronese, George, Montroni, & Ugolini, 2017) นักศึกษาของวิชาชีพสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ควรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน และมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ อาจมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้อื่น โดยไม่ได้ตั้งใจ และส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ลดลง ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของมาตรการควบคุมยาสูบได้ (Elamin et al., 2013) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแพทย์ สถานะภาพการสูบบุหรี่ของแพทย์ และคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ มีผลทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (Warren, Jones, Chauvin, & Peruga A, 2008) นักศึกษาแพทย์ เป็นผู้มีอำนาจด้านสุขภาพในอนาคตของสังคม อยู่ในสถานะที่มีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประเทศที่มีความชุกของการสูบบุหรี่สูง แพทย์จะกลายเป็นบุคคลที่สำคัญในการเป็นผู้ริเริ่มความคิดทางวัฒนธรรมที่ไม่สูบบุหรี่ในอนาคต โดยนักศึกษาแพทย์สามารถช่วยนำสังคมไปในทิศทางนั้นได้ (Green & Johnson, 1996) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ ถือเป็นด่านแรกที่น่า ไปสู่ยาเสพติดอื่นที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมต่างๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ลักเล็กขโมยน้อย หรือทำให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560)

สรุปได้ว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่มีควันและไม่มีควัน เช่น บุหรี่โรงงาน บุหรี่มวนเอง บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น โดยบุหรี่มีส่วนประกอบที่เป็นสารพิษร้ายแรงหลายชนิด ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับในทุกภาคส่วนควรตระหนักและให้ความสำคัญโดยร่วมกันหาแนวทาง เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น โดยเร่งด่วน

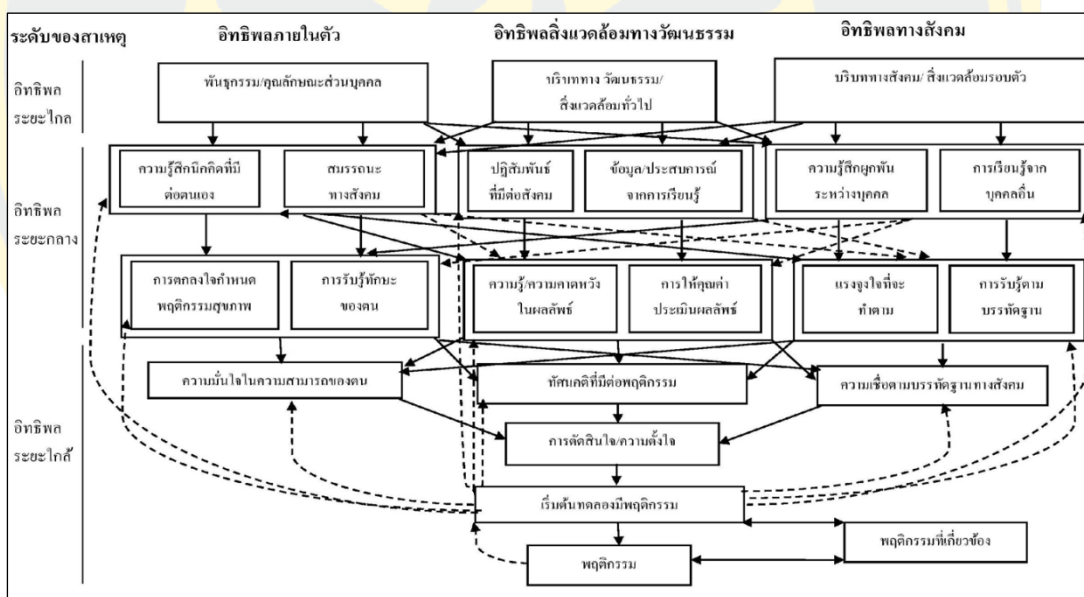
ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI)

ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI]) พัฒนามาจากการบูรณาการทฤษฎีทางสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงจากหลายทฤษฎี เพื่ออธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของวัยรุ่นในปี ค.ศ. 1993 จากบริบทการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นด้วยการบูรณาการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจากทฤษฎีระดับเล็ก (Micro-theory) หลายทฤษฎีเข้าด้วยกัน FlayandPetraitis (1994) ได้นำข้อสันนิษฐานจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งเป็นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมในระดับบุคคลและมีขนาดอิทธิพลสูงต่อการแสดงพฤติกรรมมาเป็นหลักในการอธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพวัยรุ่น กล่าวคือ ทฤษฎีอิทธิพลสามทางเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นถูกควบคุมโดยตรงจากการตัดสินใจหรือความตั้งใจ ซึ่งการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Health-related attitude) ความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม (Social normative beliefs) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการควบคุมการแสดงพฤติกรรม FlayandPetraitis (1994) ยังสันนิษฐานอีกว่าทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม ความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาจากอิทธิพล 3 กลุ่มหลักที่มีจุดกำเนิดแตกต่างกัน และอิทธิพลทั้ง 3 กลุ่มนี้ส่งอิทธิพลผ่านปัจจัยต่าง ๆ มายังทัศนคติที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ครอบคลุม 2 มิติ มิติแรกกล่าวถึงปัจจัยจากอิทธิพล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อิทธิพลภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) 2) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment/ Attitudinal influences) และ 3) อิทธิพลด้านสังคม (Interpersonal/ Social influences) มิติที่สอง แสดงถึงระดับสาเหตุและอิทธิพลต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่ม ส่งผลต่อพฤติกรรมในระดับที่แตกต่างกัน มี 3 ระดับ คือ 1) อิทธิพลระยะใกล้ (Proximal influences) อิทธิพลนี้สามารถส่งผลได้มากต่อการตัดสินใจที่จะทดลองหรือเริ่มต้นแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ ความมั่นใจในความสามารถของตน ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม และความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม 2) อิทธิพลระยะกลาง (Distal influences) อิทธิพลนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมได้โดยอ้อม ซึ่งทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง สมรรถนะทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคม ประสบการณ์จากการเรียนรู้ ความรู้สึกผูกพันระหว่างบุคคล และการรับรู้จากบุคคลอื่น

ในระดับที่แตกต่างกัน มี 3 ระดับ คือ 1) อิทธิพลระยะใกล้ (Proximal influences) อิทธิพลนี้สามารถส่งผลได้มากต่อการตัดสินใจที่จะทดลองหรือเริ่มต้นแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ ความมั่นใจในความสามารถของตน ทักษะคติที่มีต่อพฤติกรรม และความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม 2) อิทธิพลระยะกลาง (Distal influences) อิทธิพลนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมได้โดยอ้อม ซึ่งทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการสูญบุหรี ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง สมรรถนะทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคม ประสบการณ์จากการเรียนรู้ ความรู้สึกผูกพันระหว่างบุคคล และการรับรู้จากบุคคลอื่น เป็นต้น 3) อิทธิพลระยะไกล (Ultimate influences) เป็นอิทธิพลกว้าง ๆ ส่งผลได้น้อย และเป็นปัจจัยที่อยู่เหนือการควบคุม จึงมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดในระยะยาว ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล บริบททางวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป และบริบททางสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Flay, 1999; Flay&Petraitis, 1994; Flay,Snyder,&Petraitis, 2009; พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

ดั่งภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay et al., 2009)

อิทธิพลภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) เป็นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและคุณลักษณะส่วนบุคคล (Biology & Personality) มีคุณลักษณะ 5 ประการ คือ

1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) ทำให้เกิดบุคลิกลักษณะประจำตัว เช่น บุคลิกภาพแบบก้าวร้าว ขี้คิด ขี้ทำ กระตือรือร้น 2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ทำให้เกิดการตัดสินใจเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ เช่น การยับยั้งชั่งใจ 3) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น (Extraversion/ Introversion) มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยหรือแบบเก็บตัว ทำให้มีผลต่อกิจกรรมทางสังคม 4) ความสามารถในการเข้าสังคม (Sociability) ทำให้เกิดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การยอมรับผู้อื่น การยินยอมทำตามผู้อื่น 5) ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence) โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าความสามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของวัยรุ่นส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง (Sense of self/ Control) และสมรรถนะทางสังคมของบุคคล (Social competence) หากวัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ จะทำให้มีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และรู้จักหรือมั่นใจในตนเองมากขึ้น ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองไปมีผลต่อการตกลงใจกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Self-determination) เช่น การคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ทักษะของตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Perceived skills) เมื่อมีการรับรู้ทักษะของตนเองจึงทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) วัยรุ่นจึงมีการตัดสินใจหรือมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ดังนั้นวัยรุ่นที่มีความตั้งใจควบคุมพฤติกรรมตนเอง และเชื่อว่าตนเองมีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ น้อยลง

อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment/ Attitudinal influences) เป็นอิทธิพลที่เกิดจากบริบททางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมกว้าง ๆ โดยทั่วไป หมายถึง สื่อหรือข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อ ค่านิยมในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้วย (Interaction with social institutions) และเกิดการรับรู้ข้อมูลและประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ (Information/ Opportunities) ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้ (Knowledge) และตระหนักถึงความรู้เรื่องสุขภาพไปมีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นคาดหวังผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Expectancies) และให้คุณค่าต่อผลลัพธ์นั้น (Values) เช่น ชอบ ไม่ชอบ ฟังพอใจ ไม่ฟังพอใจ และทฤษฎีนี้เชื่อว่าค่านิยมทางวัฒนธรรมถูกถ่ายทอดโดยโรงเรียน สื่อสารมวลชน นักแสดง และการโฆษณา ค่านิยมที่ถูกถ่ายทอดมานี้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นประเมินค่าผลลัพธ์ที่คาดหวังกว่าจะเกิดจากการกระทำ (Evaluations) การคาดหวังในผลลัพธ์ร่วมกับการประเมินค่าผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการกระทำส่งผลต่อทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitudes toward the behavior) ซึ่งทัศนคตินี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจหรือมีความตั้งใจที่จะเริ่มกระทำ

พฤติกรรมนั้น

อิทธิพลด้านสังคมหรือระหว่างบุคคล (Interpersonal/ Social influences) เป็นอิทธิพลที่สำคัญและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น อิทธิพลระหว่างบุคคลหมายถึงบริบททางสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวของวัยรุ่น ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ ค่านิยมของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง การเป็นแบบอย่างของครู และเพื่อนสนิท เป็นต้น อิทธิพลกลุ่มนี้จะส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้แรงกดดันจากสังคมให้กระทำตามบรรทัดฐานของสังคมที่วัยรุ่นดำเนินชีวิตอยู่ โดยเชื่อว่าวัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสังเกต และเลียนแบบผู้ที่ใกล้ชิดผูกพัน เจือปนใจของสถานการณ์ทางสังคมส่งผลต่อความผูกพันกับบุคคลที่มีโอกาสอยู่ด้วยมากที่สุด (Social bonding) ความผูกพันนี้มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจที่จะทำตาม (Motivation in comply) ในอีกทางหนึ่งเจือปนใจของสถานการณ์ทางสังคมไปมีผลต่อทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของบุคคลอื่นนี้ไปมีผลต่อการรับรู้ตามบรรทัดฐานของสังคม (Perceived norms) การยินยอมกระทำตามผู้ที่ชักชวนรวมทั้งรับรู้ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นสิ่งที่บุคคลอื่น ๆ ในสังคมกระทำกัน ส่งผลให้วัยรุ่นมีความเชื่อตามบรรทัดฐานทางสังคม (Social normative beliefs) ซึ่งจะนำไปมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากปัจจัยภายในกลุ่มอิทธิพลจะมีความสัมพันธ์กันโดยตรงแล้ว ปัจจัยภายในกลุ่มอิทธิพลหนึ่งยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในกลุ่มอิทธิพลอื่น กล่าวคือ ปัจจัยการคาดหวังในผลลัพธ์ได้รับอิทธิพลจากสมรรถนะทางสังคม การให้คุณค่าต่อผลลัพธ์ได้รับอิทธิพลจากความผูกพันระหว่างบุคคลและความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง การรับรู้ตามบรรทัดฐานของสังคมได้รับอิทธิพลจากข้อมูล/ ประสบการณ์จากการเรียนรู้และสมรรถนะทางสังคม แรงจูงใจที่จะทำตามได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคมและความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ทักษะทางสังคมได้รับอิทธิพลจากข้อมูล/ ประสบการณ์จากการเรียนรู้ การตกลงใจกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคมและความผูกพันระหว่างบุคคล

อิทธิพลทั้ง 3 ประการ อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น มิได้เกิดจากอิทธิพลเพียงตัวใดตัวหนึ่ง แต่มักเกิดขึ้นพร้อมกันหรือร่วมกัน (Multifactor) และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งภายในตัวบุคคล อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และอิทธิพลด้านสังคม ซึ่งจะส่งผลแตกต่างกันต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น ทั้งการแสดงพฤติกรรมใหม่ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นประจำ (Flay&Petraitis, 1994) โดยประสบการณ์จากการแสดงพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมใหม่และพฤติกรรมที่แสดงเป็นประจำเป็นอิทธิพลย้อนกลับไปยังปัจจัยในอิทธิพล 3 กลุ่ม และเป็นวงจรกลับมาใหม่ ซึ่งอาจเป็นการเสริมแรงให้กระทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

หรือควบคุมให้แสดงพฤติกรรมน้อยลง หรือหยุดแสดงพฤติกรรมนั้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.1 อายุ

วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่วัยรุ่นบางคนอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีประสบการณ์การใช้หรือมีการใช้กัญชา (Richter, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karamat et al. (2011) เรื่อง การสูบบุหรี่ของนักศึกษาแพทยมหาวิทาลัยคิงส์ เอ็ดวาร์ด ในปากีสถาน จำนวน 654 คน พบว่า นักศึกษาแพทย์สูบบุหรี่มากขึ้นในกลุ่มอายุสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มอายุ 21-30 ปี ($n = 59$, ร้อยละ 19.53) สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุ 11-20 ปี ($n = 28$, ร้อยละ 7.95) และการศึกษาของ Taheri et al. (2014) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งมาฮัด ในประเทศอิหร่าน จำนวน 946 คน พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มีอายุ 22-25 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ 2.161 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่มีอายุ 18-21 ปี (OR = 2.161; 95% CI = 1.383-3.378) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bago (2017) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณรัฐเอธิโอเปีย จำนวน 310 คน ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีอายุ 20-24 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ 1.56 เท่าของนักศึกษาแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีอายุ 15-19 ปี (AOR = 1.56; 95% CI = 1.05-3.61) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pankaj et al. (2015) ในนักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ระดับปริญญาตรีในราชสถาน ประเทศอินเดีย จำนวน 510 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 14.863$, $p < .05$) โดยนักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์อายุ 21.25 ปี มีการสูบบุหรี่มากกว่านักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และการศึกษาของ Rashid and Azizah (2011)

ในนักศึกษาแพทย์ ประเทศมาเลเซีย จำนวน 610 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ($X^2 = 24.985, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arslan1 et al. (2015) ในนักศึกษาแพทย์และพยาบาลมหาวิทยาลัยเซลัก คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประเทศตุรกี จำนวน 741 คน ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ($X^2 = 5.98, p < .05$)

1.2 เพศ

เพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ความแตกต่างระหว่างผู้ชายและผู้หญิงส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงและชายได้รับกระบวนการจัดการทางสังคมที่แตกต่างกันตามเพศของตน ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีวิธีการแก้หรือรับมือกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคมด้านสุขภาพในทางลบมากกว่าวัยรุ่นชาย ส่วนวัยรุ่นชายมีแนวโน้มที่จะแสดงออกทางภายนอก มีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมสูงกว่าวัยรุ่นเพศหญิง เช่น ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ความรุนแรง เป็นต้น (Richter, 2010; กุลกานต์ อภิวัฒน์สังการ, 2557) ดังเช่นการศึกษาของ EtichaandKidane (2014) ในนักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยเมเคเล ในภาคเหนือของเอธิโอเปีย จำนวน 193 คน พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย 2.04 เท่า (AOR = 0.49; 95% CI = 0.25-0.95) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sychareun et al. (2017) ในนักศึกษาแพทย์ เกสัชกร ทันตแพทย์และพยาบาล มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 506 คน ที่พบว่าโดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย 1.79 เท่า (OR = 0.56, 95% CI = 0.013-0.242) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tamaki et al. (2010) ในนักศึกษาแพทย์ชาวญี่ปุ่น จำนวน 1,619 คน ที่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย 3.45 เท่า (OR = 0.29, 95% CI = 0.18-0.48) และการศึกษาของ Taheri et al. (2014) ที่พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 9.097 เท่าของเพศหญิง (OR = 9.097, 95% CI = 4.980-16.619)

นอกจากนี้การศึกษาของ Al-Kaabba,Saeed,Abdalla,Hassan,andMustafa (2011) ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยในริยาดห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย จำนวน 153 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 15.85, p < .01$) โดยเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และการศึกษาของ AISwuailem et al. (2014) ในนักศึกษาทันตแพทย์มหาวิทยาลัยคิงส์ซาอุดีอาระเบีย จำนวน 400 คน ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาชายสูบบุหรี่มากกว่านักศึกษาหญิง ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karamat et al. (2011) ($p < .001$)

Pankaj et al. (2015) ($X^2 = 46.078$, $p < .001$) Ozturk et al. (2011) ($X^2 = 16.304$, $p < .001$) Arslan1 et al. (2015) ($X^2 = 10.02$, $p = .000$) และ Rashid and Azizah (2011) ($X^2 = 50.388$, $p < .001$) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ภาวะเครียด

ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด เป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่ทำให้มีบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความอดทนหรือไม่อดทนต่อความกังวลหรือความไม่สบายใจ ต้องการพ้นจากปัญหาต่าง ๆ ต้องการความพอใจ ความสบายใจเฉพาะหน้า ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายอย่างมากอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวลและความเครียด จึงเป็นปัจจัยเสริมให้วัยรุ่นเกิดการใช้สารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ และเมื่อสูดควันบุหรี่เข้าร่างกาย จะเข้าสู่สมองภายในเวลา 8-10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิต สูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลางทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระยะต้น หลายคนจึงสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด (Drombrowski, 1999; ประกิจ วาทีสาธกกิจและกรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551; พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) จากการศึกษาของ จุฑารัตน์ สติธิปัญญาและวิทยา เหมพันธ์ (2556) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 674 คน พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีระดับความเครียดแตกต่างกับนักศึกษาคณะอื่น ๆ ทุกคณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Eticha and Kidane (2014) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเมเคเล ประเทศเอธิโอเปียตอนเหนือ จำนวน 193 คน พบว่า จำนวนนักศึกษสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.5 ปัจจัยหลักคือ เพื่อลดความเครียด ร้อยละ 36.8 และการศึกษาของ AISwuailem et al. (2014) พบว่า ความเครียดเป็นสาเหตุหลักในการสูบบุหรี่ของนักศึกษาทันตแพทย์ ร้อยละ 26 และการศึกษาของ Taheri et al. (2014) ที่พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดในการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง คือ ความเครียด ร้อยละ 17.6 และการศึกษาของ Melaku et al. (2015) ในนักศึกษาแพทย์สาธารณสุขรัฐเอธิโอเปีย จำนวน 329 คน พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียด มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.55 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีความเครียด (AOR = 4.55, 95% CI = 1.05-19.77) สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Dubai et al. (2011) ในนักศึกษาแพทย์ ประเทศมาเลเซีย จำนวน 376 คน ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียดมีโอกาเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.9 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีความเครียด (OR = 2.9, 95% CI = 1.3-6.8, $p = .009$)

1.4 การใช้สารเสพติดอื่น

การที่วัยรุ่นหันมาสูบบุหรี่นั้น เป็นเหมือนการฝึกปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในการใช้เสพยาเสพติดอื่น ตั้งแต่การลักลอบซื้อบุหรี่ การซ่อนบุหรี่เพื่อไม่ให้ผู้ปกครองรู้ การซ่อนบุหรี่เพื่อนำเข้าไปในโรงเรียน การแอบสูบในโรงเรียนหรือสถานที่อื่น จนถึงการใช้หลอดสูบบุหรี่จนสูบบุหรี่

เป็นขั้นตอนทั้งหมดนี้จะทำให้เด็ก ๆ เรียนรู้ถึงวิธีการที่จะได้มาและวิธีการใช้สารเสพติดอื่นที่ผิดกฎหมาย บุหรี่จึงเป็นประตูด่านแรกของการติดยาเสพติดอื่น หรือที่เรียกว่า Gate way drug โดยผู้ที่ติดยาเสพติดเกือบทั้งหมดเริ่มมาจากการเสพติดบุหรี่ก่อน (ประภคิต วาที่สาธกกิจ, 2557)

สอดคล้องกับการศึกษาของ EtichaandKidane (2014) ในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเมเคเล ประเทศเอธิโอเปียตอนเหนือ จำนวน 193 คน ที่พบว่า การใช้สารเสพติดอื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 10.59 เท่าของการไม่ใช้สารเสพติดอื่น (AOR = 10.59; 95% CI = 2.77-40.51) และการศึกษาของ Tamaki et al. (2010) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.38 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 2.38; 95% CI = 1.62-3.50) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bago (2017) ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.99 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 4.99; 95% CI = 1.02-2.43) สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2003) ในนักศึกษาแพทย์ จำนวน 200 คน ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 7.49 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (OR = 7.49; 95% CI = 7.8-40.09) และการศึกษาเสพติดอื่นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 20.22, p < .001$)

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997a) ดังนั้นหากนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สูงจะทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่ ตรงกันข้ามหากนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ ทำให้นักศึกษาคนนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจสูบบุหรี่ โดยการศึกษาของ (Ah et al., 2005) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรจิตวิทยาเบื้องต้นที่มหาวิทยาลัยเซาเทิร์นในสหรัฐอเมริกา จำนวน 161 คน ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ โดยนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถระดับสูงขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะลองสูบบุหรี่น้อยกว่า 0.70 เท่า นักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถระดับต่ำ (OR = 0.70; 95% CI = 0.532-0.927, $p = .012$) การศึกษาของ Bigwanto et al. (2015) ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ในโรงเรียนบนเกาะชาวประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 690 คน ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเชิงลบมีโอกาเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 15.85 เท่าของวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเชิงบวก (AOR = 15.85; 95% CI = 7.32-34.31; $p < .001$) และจากการศึกษาของ Mee (2014) ในวัยรุ่นนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐขนาดใหญ่ ทางตอนใต้ของเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 364 คน ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงบุหรี่มีความสัมพันธ์

ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.744, p = .01$) โดยวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงบุหรี่สูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม

2.1 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่

ทักษะคิดเป็นการประเมินว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับบุคคลรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทักษะคิดนั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ม.ป.ป.) ทักษะคิดที่ดีต่อการสูบบุหรี่ จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กล่าวคือถ้าวัยรุ่นมีทักษะคิดทางบวกต่อการสูบบุหรี่ ก็จะมีแนวโน้มสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่มีทักษะคิดทางลบ โดยการศึกษาของ Bian et al. (2012b) ในนักศึกษาแพทย์มองโกเลีย ในประเทศจีน จำนวน 6,044 คน พบว่า นักศึกษาแพทย์ชายที่มีทักษะคิดไม่สนใจการสูบบุหรี่ของคนรอบ ๆ ตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.75 เท่าของนักศึกษาแพทย์ชายที่มีทักษะคิดสนใจการสูบบุหรี่ของคนรอบ ๆ ตัว (OR = 2.75; 95% CI = 2.08-3.64) และนักศึกษาแพทย์ชายที่ไม่มีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.40 เท่าของนักศึกษาแพทย์ชายที่มีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (OR = 4.40; 95% CI = 2.21-8.75) ส่วนนักศึกษาแพทย์หญิงที่มีทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ว่าควรจำกัดการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่น้อยกว่า 9.09 เท่าของนักศึกษาแพทย์หญิงที่ไม่มีทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ว่าควรจำกัดการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัย (OR = 0.11; 95% CI = 0.06-0.23) และจากการศึกษาของ Raddaba et al. (2017) ในนักศึกษาพยาบาลในประเทศซาอุดีอาระเบีย จำนวน 266 คน พบว่า ทักษะคิดเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 10.97, p < .01$)

2.2 ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ต่อบทบาทของวิชาชีพสุขภาพที่มีต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการไม่สูบบุหรี่ และเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ กล่าวคือ ถ้านักศึกษามีทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทางลบ ก็จะมีการสูบบุหรี่ต่ำกว่าผู้ที่มีทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทางบวก และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าวิธีควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดีที่สุดรองจากมาตรการทางกฎหมาย คือการให้ข้อมูลและให้คำแนะนำโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ในสถานภาพที่โดดเด่นในการสนับสนุนและควบคุมการบริโภคยาสูบได้หลายทาง เช่น เป็นตัวอย่างในการไม่สูบบุหรี่ แนะนำผู้ป่วยไม่ให้สูบบุหรี่ ให้ข้อมูลพิษภัยยาสูบแก่สาธารณะ ตลอดจนผลักดันนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

(American Cancer Society, 2003) ซึ่งนักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 92.1 มีความคิดเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยและสาธารณชน ร้อยละ 93.3 มีความคิดเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.8 มีความคิดเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีโอกาสน้อยที่จะให้คำแนะนำผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ (Turhan et al., 2016) และนักศึกษาแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและอิตาลี มีทัศนคติและความเชื่อว่าการใช้บุหรี่โดยแพทย์จะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (Armstrong et al., 2017) การศึกษาของ Raddaha et al. (2017) ในนักศึกษาพยาบาลหญิงปีที่ 3 และ 4 ของมหาวิทยาลัยของรัฐที่ตั้งอยู่ในอัลริยาต เมืองหลวงของซาอุดีอาระเบีย จำนวน 134 คน พบว่า ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเรื่องการมีบทบาทในการให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ($X^2 = 10.97, p < .01$)

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 การสูบบุหรี่ของเพื่อน

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ เพราะความอยากมีเพื่อนเอาใจเพื่อนและตามใจเพื่อน เนื่องจากเป็นวัยที่เพื่อนมีอิทธิพลต่อเขามากที่สุด นอกจากนี้เพื่อนยังส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของวัยรุ่นอีกด้วย กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญต่อการสร้างเจตคติและรูปแบบพฤติกรรมมากขึ้น โดยวัยรุ่นใช้เวลาอยู่กับเพื่อนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเป็นวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนได้สร้างบริบททางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น การที่วัยรุ่นเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะ เช่น กลุ่มที่มีการใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่ เป็นต้น ส่งผลให้วัยรุ่นมองว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นปกติ จึงนำไปสู่การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีประสบการณ์และได้ทดลองปฏิบัติในสิ่งนั้น ๆ ถ้าเพียงแต่มีสารเสพติดและมีโอกาสที่เหมาะสมให้ได้ทดลองใช้ เช่น ถ้ากลุ่มเพื่อนสนิทของวัยรุ่นมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ก็มีแนวโน้มที่จะเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีบุหรี่สูบได้ง่ายขึ้น และเพื่อนที่สูบบุหรี่ก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของการสูบบุหรี่และบรรทัดฐานของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วย (Richter, 2010; กุลกานต์ อภิวัฒน์สังการ, 2557; สมชาย ธีชญนกุล, 2553) จากการศึกษาที่พบว่า เหตุผลที่นักศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์ในอิหร่านเริ่มต้นการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อน (Taberi et al., 2014) การศึกษาของ Ohida et al. (2001) ในนักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่น จำนวน 446 คน พบว่า นักศึกษาที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.63 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ (OR = 2.63; CI = 1.28-5.40) และการศึกษาของ Ozturk et al. (2011) ในนักศึกษาพยาบาลประเทศตุรกี จำนวน 220 คน พบว่า จำนวนเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 24.528, p < .001$) และการศึกษาของ AISwuailem et al. (2014) ที่พบว่า เพศชายที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 3.9 เท่าของเพศชายที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ (OR = 3.9, 95% CI = 1.9-7.7)

3.2 การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น อาจเกิดจากการถูกชักชวนจากเพื่อนหรือเกิดจากการเข้าซื้อและสับประมาท ทำให้วัยรุ่นต้องสูบบุหรี่ตามเพื่อน ไม่กล้าที่จะปฏิเสธเพื่อน กลัวเสียสัมพันธภาพ และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เมื่อเพื่อนให้สูบบุหรี่เพื่อเป็นการให้เข้าร่วมกลุ่ม วัยรุ่นจึงลองสูบบุหรี่ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเสี่ยง แต่ทำไปตามอารมณ์ ความรู้สึก และแรงกดดันจากเพื่อน โดยขาดความยั้งคิดและทำเพื่อแสดงให้เพื่อนเห็นถึงความเก่งกล้าของตนเอง เป็นการโอ้อวดว่าทำได้ เมื่อลองสูบบุหรี่บ่อย ๆ จึงทำให้วัยรุ่นติดบุหรี่ (จันท์พิทา พุกษานานนท์, 2559; สมชาย วัฒนกุล, 2553) ดังเช่นการศึกษาของ Ganesh et al. (2011) ในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ทางชายฝั่งตอนใต้ของประเทศอินเดีย จำนวน 333 คน ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 21.91 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (OR = 21.91; CI = 8.55-56.16) และการศึกษาของ Singh et al. (2003) ในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ ประเทศอินเดีย จำนวน 200 คน ที่พบว่า การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($X^2 = 158.17, p < .001$)

3.3 การสูบบุหรี่ของครอบครัว

ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ซึ่งเป็นอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บิดามารดา หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ แล้วใช้ลูกไปซื้อบุหรี่ หรือใช้ให้ลูกจุดบุหรี่ให้สูบ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น การดูบุหรี่ การคิบบุหรี่ การพนันวันบุหรี่ ทำให้ลูกเกิดการเรียนรู้และมีทักษะการสูบบุหรี่ โดยไม่รู้ตัว เป็นการปลูกฝังและเป็นแบบอย่างให้ลูกเห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องที่ผิดร้ายแรงอะไรจนเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น วัยรุ่นในครอบครัวเหล่านี้ก็จะสูบบุหรี่ รวมทั้งสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วยตนเอง (Darling&Cumsville, 2003; พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) ดังเช่นการศึกษาของ Taheri et al. (2014) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 14.97 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (OR = 14.97, $p < .01$) และการศึกษาของ Singh et al. (2003) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($X^2 = 22.09, p < .001$) โดยนักศึกษาแพทย์ที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.26 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ (OR = 4.26, 95% CI = 2.19-8.35) และการศึกษาของ Tamaki et al. (2010) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ชาวญี่ปุ่นที่มีพี่น้องสูบบุหรี่

มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.08 เท่าของนักศึกษาแพทย์ชาวญี่ปุ่นที่ไม่มีพี่น้องสูบบุหรี่ (OR = 2.08, 95% CI = 1.40-3.09) และสอดคล้องและการศึกษาของ Ohida et al. (2001) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่นที่มีพี่น้องสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 1.34 เท่าของนักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่นที่ไม่มีพี่น้องสูบบุหรี่ (OR = 1.34, 95% CI = 0.64-2.28) การศึกษาของ Pankaj et al. (2015) ที่พบว่า พี่น้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 5.071, p < .05$)

3.4 ที่พักอาศัย

ลักษณะการพักอาศัย เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง หากวัยรุ่นที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในสิ่งแวดล้อมที่ง่ายต่อการเข้าถึงแหล่งยาเสพติด ทั้งการซื้อขายและเสพ ไม่มีกฎระเบียบบังคับปราศจากการควบคุมจากผู้ปกครอง มีความเป็นอิสระก็จะกระทำในสิ่งที่ตนเองอยากจะทำและอาจทำให้มีการตัดสินใจสูบบุหรี่ได้ง่ายมากขึ้น (พิมพารณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) ดังเช่น การศึกษาของ Pankaj et al. (2015) ที่พบว่า ที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.546, p < .05$) และการศึกษาของ Ohida et al. (2001) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่นที่พักอาศัยอยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.42 เท่าของนักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่คนเดียว (OR = 2.42, 95% CI = 1.04-5.62)

3.5 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของครอบครัว คือ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว วัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่มีทรัพยากรที่จำกัดและมีความยากลำบาก มีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามวัย วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงบางประเด็นมาจากกลุ่มที่มีของฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกัน การใช้สารเสพติดของวัยรุ่น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือสารผิดกฎหมาย มีมากในสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวบางกลุ่ม ในขณะที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกัน ก็มีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางบวกของวัยรุ่นที่แตกต่างกัน (Richter, 2010; กุลกานต์ อภิวัฒน์สังการ, 2557) ดังเช่นการศึกษาของ Pankaj et al. (2015) ที่พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.320, p < .05$) และการศึกษาของ Rashid and Azizah (2011) ที่พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 15.866, p = .003$)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นตอนปลายที่ต้องปรับตัวเข้าสู่สถาบันการศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ ทำให้มีโอกาสก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย อย่างไรก็ตามกลับพบว่า นักศึกษาวิทยาศาสตร์

สุขภาพที่จะเป็นกำลังของระบบสุขภาพ ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต ซึ่งถูกคาดหวังว่าควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีอัตราการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างจากนักศึกษาอื่น ๆ การศึกษารุ่นนี้จึงศึกษาการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมหุปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่คัดสรรกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก โดยมีรายละเอียด วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาอายุ 18 ปีขึ้นไป สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กำลังศึกษาอยู่ใน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในเขตตะวันออก ภาคปกติ ปีการศึกษา 2561 ซึ่งมี 1 มหาวิทยาลัย มีจำนวนนักศึกษาทั้งสิ้น 3,653 คน (กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา, 2561)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาอายุ 18 ปีขึ้นไป สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในเขตภาคตะวันออก ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ในภาคปกติ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 240 คน

เกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นข้อจำกัดในการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.20 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่พบในการศึกษาทางการแพทย์ โดยทั่วไป (Polit&Hungler, 1999) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 211 คน

กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้น้อย 211 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีความไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Stanley,David,Janelle,&Stephen, 1990) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเท่ากับ 240 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

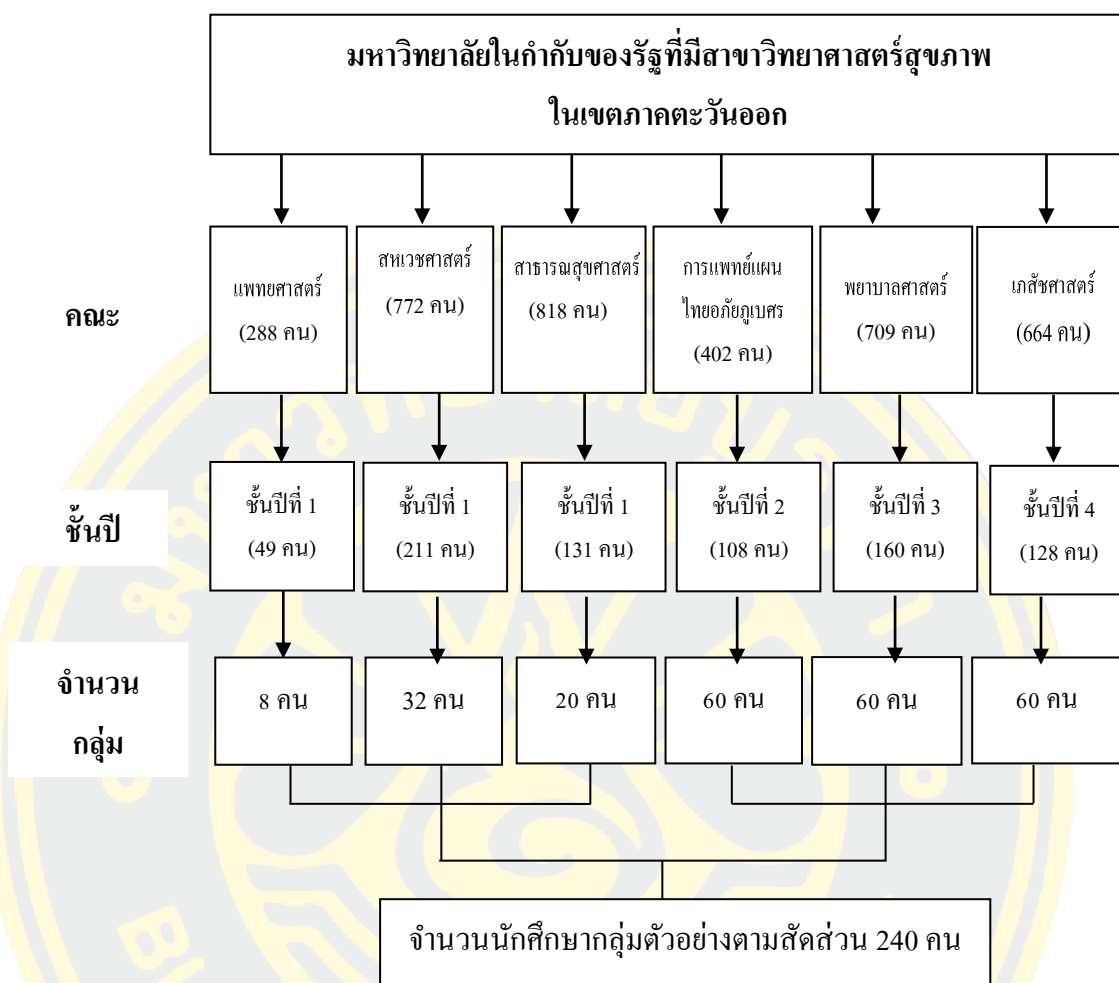
ขั้นตอนที่ 1 มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีจำนวน 1 มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยคณะต่าง ๆ 6 คณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละคณะ แบ่งออกเป็นชั้นปีต่าง ๆ และมีจำนวนนักศึกษาที่แตกต่างกัน จึงสุ่มเลือกมา 1 ชั้นปี (ปี 1-4) จากแต่ละคณะ โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement)

ขั้นตอนที่ 3 ในแต่ละชั้นปีที่สุ่มได้ ได้ทำการสุ่มนักศึกษาด้วยการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อนักศึกษาเรียงตามรหัส จากกองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา เพื่อให้ได้ตัวแทนนักศึกษา ชั้นปีละ 60 คน สำหรับคณะที่สุ่มได้ชั้นปีเดียวกันได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของนักศึกษาในชั้นปีนั้น ๆ ดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละคณะ

คณะ	ชั้นปีที่	จำนวนนักศึกษา ในแต่ละชั้นปี	จำนวน ตัวอย่าง
	เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง		
แพทยศาสตร์	1	49 คน	8
สหเวชศาสตร์	1	211 คน	32
สาธารณสุขศาสตร์	1	131 คน	20
การแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร	2	128 คน	60
พยาบาลศาสตร์	3	160 คน	60
เภสัชศาสตร์	4	108 คน	60
รวม		3,653	240



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน จำนวน 34 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่สอบถามข้อมูลทั่วไปของ นักศึกษามหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้นปี การศึกษา ศาสนา ที่พักอาศัย อาชีพของพ่อ อาชีพของแม่ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดอื่น เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของ Homsin et al. (2006) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ “ท่านเคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ในชีวิต เช่น บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ไฟฟ้า บาราเก้ หรือไม่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เคย 2) เคย และ “ท่านสูบบุหรี่มานานเพียงใด” มีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ 1) เคยทดลองสูบเพียง 1-4 มวนเท่านั้น

ในชีวิต 2) เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว 3) ปัจจุบันสูบเป็นบางครั้งตามโอกาส 4) ปัจจุบันสูบอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 5) ปัจจุบันสูบเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน และข้อความเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอื่นจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ “ท่านใช้ยาเสพติดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา หรือไม” มีคำตอบ 2 ตัวเลือกคือ 1) ใช่ 2) ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดและการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่จำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับการมี/ไม่มี บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้องที่สูบบุหรี่ การมี/ไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และการเคย/ไม่เคย ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับ กดดัน จนทำให้รู้สึกทุกข์ใจ ตัสน โกรธหรือเสียใจ วัดโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของ กรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.) จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating scales) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นประจำ เป็นบ่อย เป็นครั้งคราว ไม่เคยเลย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-15 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เคยเลย	คะแนน	0
เป็นบางครั้ง	คะแนน	1
บ่อยครั้ง	คะแนน	2
เป็นประจำ	คะแนน	3

การแปลผล

กรมสุขภาพจิต ได้แบ่งระดับความเครียด โดยคะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด ในการศึกษานี้ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-7	หมายถึง	เครียดน้อย
คะแนน 8-15	หมายถึง	เครียดมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบต่อการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นไทย ของ Homsin et al. (2006) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด Weber (1992 อ้างถึงใน (Homsin, 2006)) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ด้านความรู้สึก (Affective) และด้านการปฏิบัติ (Behavioral) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ จากการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทย เท่ากับ 0.91 (Homsin et al., 2006)

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
ไม่เห็นด้วย	2	3
เห็นด้วย	3	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลผล

คะแนน > คะแนนเฉลี่ย หมายถึง เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่

คะแนน ≤ คะแนนเฉลี่ย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ต่อบทบาทของวิชาชีพสุขภาพที่มีต่อการเป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการไม่สูบบุหรี่ และการทำหน้าที่ด้านการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในผู้รับบริการ วัดโดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ สุรินทร กลัมพากร et al. (2550) จำนวน 5 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นแบบสอบถามนักศึกษาด้านสาธารณสุข ที่ใช้ในประเทศต่างๆที่เข้าร่วมโครงการวิจัย Global Health Professional Survey [GHPS] มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คะแนน 1
ไม่เห็นด้วย	คะแนน 2
เห็นด้วย	คะแนน 3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คะแนน 4

การแปลผล

คะแนน > คะแนนเฉลี่ย หมายถึง เห็นด้วยกับบทบาทเชิงวิชาชีพ ต่อการสูบบุหรี่

คะแนน ≤ คะแนนเฉลี่ย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับบทบาทเชิงวิชาชีพ ต่อการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการสูบบุหรี่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยยื่นเรื่องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงคณบดีคณะที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแบบสอบถามและชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานผ่านนักวิชาการศึกษา/ นักกิจกรรมนิสิตของคณะที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอรายชื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปี และทำการสุ่มรายชื่อนักศึกษาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานผ่านประธานชั้นปีหรือหัวหน้ากลุ่ม โดยผู้วิจัยกล่าวคำแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จัก อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และกำหนดการเก็บข้อมูล พร้อมแจกใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ศึกษามีอิสระในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรและส่งกลับคืนภายใน 1 สัปดาห์ที่ประธานชั้นปีซึ่งเป็นผู้รวบรวมให้

3. นัดหมายวันเวลา สถานที่ที่ติดต่อการเก็บข้อมูลและไม่รบกวนเวลาเรียนของนักศึกษาผ่านประธานชั้นปีหรือหัวหน้ากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลนักศึกษายินยอมเข้าร่วมวิจัยในห้องเรียนตามวันเวลาที่นัดหมาย และจัดที่นั่ง ไม่ให้นักศึกษานั่งติดกันมากเพื่อให้มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอีกครั้ง พร้อมแจกแบบสอบถามที่อยู่ในซองกระดาษ การตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที เมื่อตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ใส่ไว้ในซองกระดาษ และวางไว้บนโต๊ะ

4. ก่อนการเก็บแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบข้อมูลให้เรียบร้อยก่อน เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนครบถ้วนแล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป และความชุกของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเครียด การใช้สารเสพติดอื่น ๆ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ในกรณีที่มีค่า Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board [IRB]) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิไม่ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัย พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ในแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสในแบบสอบถาม คำตอบหรือข้อความทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

4. แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ได้ถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่าน และรับทราบข้อมูล นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

บทที่

4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยประกอบด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 240 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.5 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 อายุมากที่สุดเท่ากับ 25 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 18 ปี และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.3 ปี ($SD = 0.49$) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 พักอาศัยอยู่หอพัก ร้อยละ 92.9 เมื่อพิจารณาข้อมูลของบิดาและมารดา พบว่า บิดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.7 รองลงมา รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.4 มารดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.3 รองลงมา รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.3 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงพอเหลือเก็บ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 240$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	198	82.5
ชาย	42	17.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
≤ 20 ปี	139	57.9
> 20 ปี	101	42.1
Min, Max = 18, 25; Mean = 20.3; SD = 0.49		
ศาสนา		
พุทธ	237	98.8
อิสลาม	2	0.8
คริสต์	1	0.4
การพักอาศัย		
หอพัก	223	92.9
บ้าน	17	7.1
อาชีพของบิดา		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	69	28.7
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	49	20.4
ลูกจ้าง	47	19.6
เกษตรกรกรรม	34	14.2
รับจ้างทั่วไป	32	13.3
พ่อบ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	9	3.8
อาชีพของมารดา		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	68	28.3
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	56	23.3
ลูกจ้าง	34	14.2
เกษตรกรกรรม	28	11.7
แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	28	11.7
รับจ้างทั่วไป	26	10.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
เพียงพอเหลือเก็บ	165	68.8
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	75	31.2

การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนี้ ทดลองสูบ ร้อยละ 25.0 เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 37.5 และสูบเป็นบางครั้งตามโอกาส ร้อยละ 37.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การสูบบุหรี่ ($n = 240$)		
ไม่เคย	216	90.0
เคย	24	10.0
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($n = 24$)		
ทดลองสูบ	6	25.0
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	9	37.5
สูบเป็นบางครั้งตามโอกาส	9	37.5

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 เพศชาย ร้อยละ 17.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.3 ปี ($SD = 0.49$) มีความเครียดน้อย ร้อยละ 81.3 มีความเครียดมาก ร้อยละ 18.7 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนเฉลี่ย 5.3 ($SD = 2.52$) ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่น ร้อยละ 62.5 มีการใช้สารเสพติดอื่น ร้อยละ 37.5 มีการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

ระดับสูง ร้อยละ 82.5 ระดับต่ำ ร้อยละ 17.5 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนนเฉลี่ย 14.9 ($SD = 2.45$)

ส่วนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.8 ไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.2 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 54 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน เฉลี่ย 30.5 ($SD = 6.58$) มีทัศนคติเห็นด้วยต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.8 ไม่เห็นด้วยต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.2 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนนเฉลี่ย 17.4 ($SD = 2.18$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.1 ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.5 สำหรับการสูบบุหรี่ของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีบุคคลภายในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 62.9 อาศัยอยู่หอพัก ร้อยละ 92.9 และมีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 68.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา ($n = 240$)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	198	82.5
ชาย	42	17.5
อายุ		
≤ 20 ปี	139	57.9
> 20 ปี	101	42.1
Min, Max = 18, 25; Mean = 20.3; $SD = 0.49$		
ความเครียด		
เครียดน้อย (คะแนน 0-7)	195	81.3
เครียดมาก (คะแนน 8-15)	45	18.7
Min, Max = 0, 14; Mean = 5.3; $SD = 2.52$		
การใช้สารเสพติดอื่น		
ไม่ใช้	150	62.5
ใช้	90	37.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่		
สูง (คะแนน 15-16)	198	82.5
ต่ำ (คะแนน 4-14)	42	17.5
Min, Max = 4, 16; Mean = 14.9; SD = 2.45		
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่		
ไม่เห็นด้วย (คะแนน 20-30)	118	49.2
เห็นด้วย (คะแนน 31-54)	122	50.8
Min, Max = 20, 54; Mean = 30.5; SD = 6.58		
ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่		
เห็นด้วย (คะแนน 18-20)	122	50.8
ไม่เห็นด้วย (คะแนน 5-17)	118	49.2
Min, Max = 12, 20; Mean = 17.4; SD = 2.18		
การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท		
ไม่มี	161	67.1
มี	79	32.9
การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่		
ไม่เคย	210	87.5
เคย	30	12.5
การสูบบุหรี่ของครอบครัว		
ไม่มี	151	62.9
มี	89	37.1
ที่พักอาศัย		
บ้าน	17	7.1
หอพัก	223	92.9
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
ไม่เพียงพอ/ ไม่เหลือเก็บ	75	31.2
เพียงพอเหลือเก็บ	165	68.8

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาโดยแบ่งกลุ่มพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่กับกลุ่มที่สูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้สารเสพติดอื่นมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นมากกว่า 10 เท่า คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สูงมากกว่า 9 เท่า คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 4.0 ตามลำดับ สำหรับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มากกว่า 2 เท่า คิดเป็นร้อยละ 13.9 และ 5.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ประมาณ 7 เท่า คิดเป็นร้อยละ 22.8 และ 3.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่สูงอย่างชัดเจนมากกว่า 8 เท่า คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 5.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัวสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่า 3 เท่า คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ 5.3 ตามลำดับ เมื่อนำสัดส่วนการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ การใช้สารเสพติดอื่น ($X^2 = 28.44, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($p < .001$) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($X^2 = 4.27, p = .039$) การสูบบุหรี่ของเพื่อน ($X^2 = 21.39, p < .001$) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ($p < .001$) การสูบบุหรี่ของครอบครัว ($X^2 = 10.00, p = .002$)

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่า เพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงประมาณเกือบ 2 เท่าโดยเพศชายมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.7 ในขณะที่เพศหญิงมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 8.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดมากและเครียดน้อย มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันนัก คือ ร้อยละ 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ ส่วนทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทั้งที่ไม่เห็นด้วยและเห็นด้วยมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ ร้อยละ 10.2 และ 9.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่บ้านและหอพักมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 11.8 และ 10.0 ตามลำดับ ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ/ ไม่เหลือเก็บและกลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีสถานะทางเศรษฐกิจเพียงพอเหลือเก็บมีส่วนร่วมการสูบบุหรี่แตกต่างกันเล็กน้อย คือ ร้อยละ 13.3 และ 8.5 ตามลำดับ เมื่อนำสัดส่วนการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ เพศ ($p = .152$) อายุ ($X^2 = .23, p = .632$) ความเครียด ($X^2 = .08, p = .784$) ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($X^2 = .01, p = .039$) ที่พักอาศัย ($p = .682$) และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ($X^2 = 1.38, p = .246$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการสูบบุหรี่ ($n = 240$)

ปัจจัยที่ศึกษา	การสูบบุหรี่		X^2	df	p-value
	ไม่สูบ	สูบ			
	($n = 216$)	($n = 24$)			
	n (%)	n (%)			
เพศ			-	-	.152 ^b
หญิง	181 (91.4)	17 (8.6)			
ชาย	35 (83.3)	7 (16.7)			
อายุ			.23	1	.632 ^a
≤ 20 ปี	124 (89.2)	15 (10.8)			
> 20 ปี	92 (91.1)	9 (8.9)			
ความเครียด			.08	1	.784 ^b
เครียดน้อย (คะแนน 0-7)	176 (90.3)	19 (9.7)			
เครียดมาก (คะแนน 8-15)	40 (88.9)	5 (11.1)			
การใช้สารเสพติดอื่น			28.44	1	<.001 ^a
ไม่ใช้	147 (98.0)	3 (2.0)			
ใช้	69 (76.7)	21 (23.3)			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	การสูบบุหรี่		X^2	df	p-value
	ไม่สูบ	สูบ			
	(n = 216)	(n = 24)			
	n (%)	n (%)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่			-	-	< .001 ^b
สูง (คะแนน 15-16)	190 (96.0)	8 (4.0)			
ต่ำ (คะแนน 4-14)	26 (61.9)	16 (38.1)			
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่			4.27	1	.039 ^a
ไม่เห็นด้วย (คะแนน 20-30)	111 (94.1)	7 (5.9)			
เห็นด้วย (คะแนน 31-54)	105 (86.1)	17 (13.9)			
ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่			.01	1	.931 ^a
เห็นด้วย (คะแนน 18-20)	110 (90.2)	12 (9.8)			
ไม่เห็นด้วย (คะแนน 5-17)	106 (89.8)	12 (10.2)			
การสูบบุหรี่ของเพื่อน			21.39	1	< .001 ^a
ไม่มี	155 (96.3)	6 (3.7)			
มี	61 (77.2)	18 (22.8)			
การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่			-	-	< .001 ^b
ไม่เคย	199 (94.7)	11 (5.2)			
เคย	17 (56.7)	13 (43.3)			
การสูบบุหรี่ของครอบครัว			10.00	1	.002 ^a
ไม่มี	143 (94.7)	8 (5.3)			
มี	73 (82.0)	16 (18.0)			
ที่พักอาศัย			-	-	.682 ^b
บ้าน	15 (88.2)	2 (11.8)			
หอพัก	201 (90.0)	22 (1.0)			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	การสูบบุหรี่		X^2	df	p -value
	ไม่สูบ	สูบ			
	($n = 216$)	($n = 24$)			
	n (%)	n (%)			
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว			1.38	1	.246 ^a
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	65 (86.7)	10 (13.3)			
เพียงพอเหลือเก็บ	151 (91.5)	14 (8.5)			

a = Chi-square test

b = Fisher's exact test

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 240 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 เพศชาย ร้อยละ 17.5 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 อายุมากที่สุดเท่ากับ 25 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 18 ปี และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.3 ปี ($SD = 0.49$) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 พักอาศัยอยู่หอพัก ร้อยละ 92.9 เมื่อพิจารณาข้อมูลของบิดาและมารดา พบว่า บิดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.7 รองลงมารับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 20.4 มารดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.3 รองลงมารับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 23.3 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงพอเหลือเก็บ

2. การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0 ไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ และเคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ร้อยละ 10.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนี้ ทดลองสูบร้อยละ 25.0 เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 37.5 และสูบเป็นบางครั้งตามโอกาสร้อยละ 37.5

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้สารเสพติดอื่น ($X^2 = 28.44, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($p < .001$)ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($X^2 = 4.27, p = .039$) การสูบบุหรี่ของเพื่อน ($X^2 = 21.39, p < .001$) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ($p < .001$) การสูบบุหรี่ของครอบครัว ($X^2 = 10.00, p = .002$) ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความเครียด ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0 ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาเล็กน้อย โดยการสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2554 ที่ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ในนักศึกษาปีที่ 3 ของ 7 วิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย (Global Health Professionals Survey [GHPS]) ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด และสาธารณสุข ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่า มีนักศึกษาที่เคยสูบบุหรี่อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต ร้อยละ 14.4 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์ et al., 2561) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันทั้งสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิง และศึกษานักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 เฉพาะสาขา คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ขณะที่การสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2554 ศึกษาเฉพาะในนักศึกษาปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวย่อมมีความแตกต่างกันด้วยประสบการณ์ชีวิต บริบทการเรียน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลให้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม อัตราการสูบบุหรี่นี้ไม่ได้แตกต่างจากอัตราการสูบบุหรี่ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั่วไป โดยจากการศึกษาของ ลักษณ์พร กรุงไกรเพชรและกิตติ กรุงไกรเพชร (2559) พบว่า นักศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.27 และการศึกษาของและการศึกษาของ เบญจพร อรุณประภรณ์ et al. (2556) พบว่า นักศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.9 สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของการสูบบุหรี่ในเยาวชนที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเองที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ทั้งร่างกาย อารมณ์ หรือความคิด มีความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง ชอบแหกกฎ ต้องการความตื่นเต้นท้าทาย และพฤติกรรมอยากลองมักเกิดขึ้นสูงสุดตอนช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2561) จึงทำให้มีโอกาสก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการสูบบุหรี่ด้วย และนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนหนึ่งมีการสูบบุหรี่มาก่อนที่จะเข้ามาศึกษาในระดับอุดมศึกษาและยังมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลของการคลายเครียด ขจัดทุกข์ (Baheirai, Mirghafourvand, Mohammadi, & Majdzadeh, 2016; Chung & Joung, 2014)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่มีหลายปัจจัยซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม ตามทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI]) ของ Flay&Petraitis (1994)

โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ทักษะต่อต้านการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การใช้สารเสพติดอื่น

การใช้สารเสพติดอื่นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 เนื่องจากทฤษฎีประตูสู่ยาเสพติด (Gateway drug theory) ได้อธิบายการเริ่มต้นใช้สารเสพติดบางชนิดที่ไม่รุนแรงในวัยรุ่น เช่น บุหรี่ เหล้า ว่าถือเป็น “ประตูด่านแรก” ที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงมากขึ้น (Encyclopedia of Public Health, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ EtichaandKidane (2014) ที่พบว่า การใช้สารเสพติดอื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 10.59 เท่าของการไม่ใช้สารเสพติดอื่น (AOR = 10.59; 95% CI = 2.77-40.51) การศึกษาของ Singh et al. (2003) ที่พบว่าการใช้ยาเสพติดอื่นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 20.22, p < .001$) และการดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 17.49 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($X^2 = 66.62, df = 1, 23 < .001, OR = 17.49; 95\% CI = 7.8-40.09$) การศึกษาของ Tamaki et al. (2010) ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.38 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 2.38; 95% CI = 1.62-3.50) และการศึกษาของ Bago (2017) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.99 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 4.99; 95% CI = 1.02-2.43) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การใช้สารเสพติดอื่นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยการแพทย์ระดับอุดมศึกษาของรัฐเบงกอลตะวันตก จำนวน 182 คน (Basu et al., 2011) และในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ ประเทศอินเดีย จำนวน 300 คน (Yerpude&Jogdand, 2011)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุผลตาม

ที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997a) ซึ่งจะมีผลต่อการตกลงใจกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Self-determination) อันนำไปสู่การตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมนั้น ๆ (Flay&Petraitis, 1994) การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการเลิกสูบบุหรี่ (Elshatarat, Yacoub, Khraim, Saleh, & Afaneh, 2016; Jeng & Braun, 1994; Smith & Liehr, 2013) และยังพบอีกว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่สำคัญสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 18-29 ปี (Kvis, Clark, Crittenden, Warnecke, & Freels, 1995) โดยระดับคะแนนของความสามารถที่ต่ำกว่าแสดงว่าไม่มีความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ต่อไป ตรงกันข้ามกับระดับคะแนนที่สูงจะมีความตั้งใจที่จะยุติการสูบบุหรี่มากกว่า (Sterling et al., 2006) โดยการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ภาคตัดขวางแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ระดับสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่ต่ำลง (Hiemstra, Otten, & Engels, 2011) ดังนั้นหากนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สูงจะทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่ ตรงกันข้ามหากนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำก็จะส่งผลให้นักศึกษาคนนั้นมีแนวโน้มสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ah et al. (2005) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ โดยนักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถระดับสูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะลองสูบบุหรี่น้อยกว่า 0.70 เท่า นักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถระดับต่ำ (OR = 0.70; 95% CI = 0.532-0.927, $p = .012$) การศึกษาของ Bigwanto et al. (2015) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเชิงลบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 15.85 เท่าของวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเชิงบวก (AOR = 15.85; 95% CI = 7.32-34.31; $p < .001$) และจากการศึกษาของ Mee (2014) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.744, p = .01$)

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 อธิบายได้ว่า บริบททางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป เช่น สื่อหรือข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อค่านิยมในสังคม ศาสนา การเมืองการปกครอง ซึ่งบุคคลต้องมิปฏิสัมพันธ์ด้วย เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ ทำให้บุคคลเกิดความรู้อาจคาดเดาผลดีผลเสียของพฤติกรรม และให้คุณค่าต่อผลลัพธ์นั้น ซึ่งนำไปสู่ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และความตั้งใจในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป (Flay&Petraitis, 1994) โดยทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคล แสดงออกถึงความรู้สึกอารมณ์จากสภาพจิตใจ ได้ตอบในด้านดี (เสฏฐวุฒิ หนุ่มคำ, 2559) อาจกล่าวได้ว่าถ้าวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ ก็จะมีแนวโน้มสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่มี ทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติจึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bian et al. (2012b) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ชายที่มีทัศนคติต่อการ สูบบุหรี่ โดยไม่สนใจการสูบบุหรี่ของคนรอบ ๆ ตัว มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.75 เท่าของ นักศึกษาแพทย์ชายที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่โดยสนใจการสูบบุหรี่ของคนรอบ ๆ ตัว (OR = 2.75; 95% CI = 2.08-3.64) และนักศึกษาแพทย์ชายที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพของตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.40 เท่าของนักศึกษาแพทย์ชายที่มีทัศนคติเห็น ด้วยต่อการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (OR = 4.40; 95% CI = 2.21-8.75) ส่วนนักศึกษาแพทย์หญิงที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ว่าควรจำกัดการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่น้อยกว่า 9.09 เท่าของนักศึกษาแพทย์หญิงที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อ การสูบบุหรี่ว่า ควรจำกัดการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัย (OR = 0.11; 95% CI = 0.06-0.23) การศึกษาของ Raddaha et al. (2017) ที่พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 10.97, p < .01$) และการศึกษาของ Mao et al. (2009) ในนักศึกษามหาวิทยาลัย 19 แห่งในมณฑลเจียงซู ประเทศจีน จำนวน 1,874 คน ที่พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่โดยนักศึกษาที่มีทัศนคติต่อบุหรี่เชิงบวกมี โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 3.02 เท่าของนักศึกษาที่มีทัศนคติต่อบุหรี่เชิงลบ (AOR = 3.02; 95% CI = 2.16, 4.21; $p < .001$)

การสูบบุหรี่ของเพื่อน

การสูบบุหรี่ของเพื่อนมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 เนื่องจากวัยรุ่นมีความรู้สึกที่เพื่อนมีความสำคัญและมีอิทธิพลกับตนเองมาก ซึ่งลักษณะนี้เป็น พัฒนาการตามปกติของวัยรุ่นทุกคนที่จะต้องพัฒนามาถึงจุดนี้ (มัมมีพีเดีย, 2559) และมักใช้เวลากับ เพื่อนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเป็นวัยรุ่น เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การสร้างเจตคติและรูปแบบพฤติกรรมมากขึ้นด้วย โดยการที่วัยรุ่นเข้าไปใกล้ชิด และมีส่วนร่วมกับ เพื่อนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ เช่นกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่ เป็นต้น ทำให้ วัยรุ่นมองว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นปกติ นำไปสู่การส่งเสริมให้วัยรุ่นมี ประสบการณ์และได้ทดลองปฏิบัติในสิ่งนั้น ๆ เมื่อมีสารเสพติด และมีโอกาสที่เหมาะสมให้ได้ ทดลองใช้ เช่นถ้ากลุ่มเพื่อนสนิทของวัยรุ่นมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ก็มีแนวโน้มที่จะเอื้ออำนวยให้ วัยรุ่นมีบุหรี่สูบได้ง่ายขึ้น และเพื่อนที่สูบบุหรี่ก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของ การสูบบุหรี่และบรรทัดฐานของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วย (Richter, 2010; กุลกานต์ อภิวัฒน์สังการ,

2557; สมชาย รัชชนกุล, 2553) ดังนั้นการสูบบุหรี่ของเพื่อนทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเริ่มต้นสูบบุหรี่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohida et al. (2001) ที่พบว่า นักศึกษา ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.63 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ (OR = 2.63; CI = 1.28-5.40) การศึกษาของ AISwuailem et al. (2014) ที่พบว่า เพศชายที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 3.9 เท่าของเพศชายที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ (OR = 3.9, 95% CI = 1.9-7.7) และการศึกษาของ Ozturk et al. (2011) ที่พบว่า จำนวนเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 24.528, p < .001$)

การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่

การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 เนื่องจากการถูกชักชวนจากเพื่อน การเข้าซื้อ การสปรายหรือทำทนายให้สูบบุหรี่ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับวัยรุ่นในการปฏิเสธเพื่อน ไม่กล้าที่จะปฏิเสธและส่วนใหญ่ มักไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธ กลัวเสียสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน Raddaha et al. (2017) และเมื่อเพื่อนให้สูบบุหรี่เพื่อเป็นการให้เข้าร่วมกลุ่ม วัยรุ่นจึงลองสูบบุหรี่ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเสี่ยง แต่ทำไปตามอารมณ์ ความรู้สึก และแรงกดดันจากเพื่อน โดยขาดความยั้งคิด และทำเพื่อแสดงให้เพื่อนเห็นถึงความเก่งกล้าของตนเอง เป็นการโอ้อวดว่าทำได้ เมื่อลองสูบบุหรี่บ่อย ๆ จึงทำให้วัยรุ่นติดบุหรี่ (จันท์จิตตา พฤกษานานนท์, 2559; สมชาย รัชชนกุล, 2553) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่จึงเพิ่มโอกาสให้วัยรุ่นเริ่มต้นสูบบุหรี่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ganesh et al. (2011) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 21.91 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (OR = 21.91; CI = 8.55-56.16) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ ประเทศอินเดีย จำนวน 200 คน (Singh et al., 2003) ในนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยการแพทย์ ระดับอุดมศึกษาของรัฐเบงกอลตะวันตก จำนวน 182 คน Basu et al. (2011) และในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ ประเทศอินเดีย จำนวน 300 คน (Yerpude&Jogdand, 2011)

การสูบบุหรี่ของครอบครัว

การสูบบุหรี่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 เนื่องจากครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ซึ่งเป็นอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บิดามารดา หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ แล้วใช้ลูกไปซื้อบุหรี่ หรือใช้ให้ลูกจุดบุหรี่ให้สูบ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น การดูบุหรี่ การคิบบุหรี่ การพ่นควันบุหรี่ ทำให้ลูกเกิดการเรียนรู้และมีทักษะการสูบบุหรี่โดยไม่รู้ตัว เป็นการปลูกฝังและเป็นแบบอย่าง

ให้ลูกเห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องที่ผิดร้ายแรงอะไรจนเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น วัยรุ่นในครอบครัวเหล่านี้ก็จะใช้บุหรี่ รวมทั้งใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วยตนเอง (Darling&Cumsille, 2003; พิมพากรณ์ กัลั่นกลิ่น, 2555) ดังนั้นการที่วัยรุ่นไม่มีบิดามารดาหรือบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว สูบบุหรี่ ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเริ่มต้นสูบบุหรี่มากขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ Taheri et al. (2014) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 14.97 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (OR = 14.97, $p < .01$) การศึกษาของ Singh et al. (2003) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($X^2 = 22.09, p < .001$) โดยนักศึกษาแพทย์ที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 4.26 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ (OR = 4.26, 95% CI= 2.19-8.35) การศึกษาของ Tamaki et al. (2010) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มีพี่น้องสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.08 เท่าของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีพี่น้องสูบบุหรี่ (OR = 2.08, 95% CI = 1.40-3.09) การศึกษาของ Ohida et al. (2001) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีพี่น้องสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 1.34 เท่าของนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีพี่น้องสูบบุหรี่ (OR = 1.34, 95% CI = 0.64-2.28) เช่นเดียวกับ การศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในนักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ในรัฐราชสถาน ประเทศอินเดีย จำนวน 510 คน (Pankaj et al., 2015) ในนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยการแพทย์ ระดับอุดมศึกษาของรัฐเบงกอลตะวันตก จำนวน 182 คน (Basu et al., 2011) ในนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยแพทย์ ประเทศอินเดีย จำนวน 300 คน Yerpude&Jogdand (2011)

ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ความเครียด ทักษะคิดต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ที่พักอาศัย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) เหมือนกัน โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 25 ปี ซึ่งเป็นระยะที่เจริญเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่เต็มที่จะมีความเข้าใจและยอมรับผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นผลของการกระทำหรือพฤติกรรมในปัจจุบันทำให้เกิดการยอมรับและมีการแก้ไข มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีจากตนเองมากขึ้น (นพพร อึ้งอาภรณ์, 2554) ดังนั้นจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Kaabba, Saeed, Abdalla, Hassan, & Mustafa (2011) ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยในริยาดห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย จำนวน 153 คน

การศึกษาของ Sychareun et al. (2017) ในนักศึกษาแพทย์ เกสัชกร ทันตแพทย์ และพยาบาล มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 506 คน และการศึกษาของ ลักษณาพร กรุงไกรเพชรและกิตติ กรุงไกรเพชร (2559) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จำนวน 453 คน ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

เพศ

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 82.5 เป็นเพศหญิง ทำให้เพศของกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่มีความหลากหลาย และโดยทั่วไปแล้วนักศึกษาที่ศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีความสุขุมรอบคอบ มีระเบียบวินัย มีบุคลิกสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้มง่าย ปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ง่าย มองโลกในแง่ดี มีความอดทนสูง เรียบร้อยพูดจาสุภาพ สนใจเรื่องสุขภาพ ไร้อภัยไขเจ็บต่าง ๆ เก่งวิชาด้านวิทยาศาสตร์ และมีความขยันแสวงหาองค์ความรู้ใหม่เสมอ (Campusstar, 2017) จึงทำให้นักศึกษาทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kusma et al. (2010) ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 โรงเรียนแพทย์กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี จำนวน 298 คน การศึกษาของ Dania, Ozoh, and Bandele (2015) ในนักศึกษาแพทย์ในลากอส ประเทศไนจีเรีย จำนวน 250 คน และการศึกษา Kamimura, Ahmmad, Pye, and Gull (2018) ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศบังคลาเทศ จำนวน 386 คน ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ความเครียด

ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.3 มีความเครียดน้อย อาจเนื่องมาจากนักศึกษา กลุ่มนี้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่แตกต่างกันทั้งเครียดน้อย เครียดปานกลาง และเครียดมาก ไม่มาก และลักษณะที่ต้องรับผิดชอบในตัวเองสูง ส่วนใหญ่จะใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดเชิงบวก เช่น การเล่นเกมออนไลน์ การดูทีวี และการฟังเพลง มากกว่ากลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงหรือการจัดการความเครียดเชิงลบ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และการใช้ยาเสพติดอื่น (ศุภกร หวานกระโทก, 2558; Gade, Chari, & Gupta, 2014) ผลการศึกษานี้จึงไม่พบความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bassols et al. (2015) ในนักศึกษาแพทย์ ประเทศบราซิล ชั้นปีที่ 1 และปีที่ 6 จำนวน 232 คน และการศึกษาของ Kamimura et al. (2018) ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศบังคลาเทศ จำนวน 386 คน ที่พบว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีจำนวนข้อเพียง 5 ข้อ เพื่อประเมินทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพในภาพรวม ซึ่งอาจไม่มีความครอบคลุมประเด็นสาระสำคัญที่สะท้อนถึงทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพในบริบทเฉพาะของแต่ละสาขาวิชาชีพ ได้ทั้งหมด จึงทำให้ผู้ที่ทำทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพแตกต่างกันมีการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Keshavarz, Jafari, Khami, and Virtanen (2013) ในนักศึกษาทันตแพทย์ ประเทศอิหร่าน จำนวน 325 คน ที่พบว่า ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเรื่องการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การศึกษาของ Hussain, Khan, Zaidi, Hussain, & Waqas (2014) ในนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยทางการแพทย์ ประเทศปากีสถาน จำนวน 384 คน ที่พบว่า ทัศนคติต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเรื่องแพทย์ควรเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสังคมในการไม่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Pantisidis, Papageorgiou, and Bouros (2012) ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยเชรช ประเทศกรีซ จำนวน 233 คน ที่พบว่า ทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อบทบาทเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเรื่องผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับเลิกสูบบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วย และควรแนะนำผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ที่พักอาศัย

ที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 อธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่บ้านที่ถูกควบคุมดูแล พฤติกรรมโดยผู้ปกครอง การอยู่หอพักส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหอพักมหาวิทยาลัย ก็มักมีกฎระเบียบ ห้ามการสูบบุหรี่อยู่แล้ว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ที่บ้านหรือหอพักจึงมีการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yigitalp (2015) ในนักศึกษาพยาบาลของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยดิเคิล ในจังหวัดดียวร์บาคีร์ ประเทศตุรกี จำนวน 400 คน และการศึกษาของ Musmar (2012) ในนักศึกษาคณะมนุษยศาสตร์และศิลปศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ และคณะสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งชาติอันนาจาห์ รัฐปาเลสไตน์ จำนวน 954 คน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิยม จันทร์นวล, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, พลากร สืบสำราญ, สุบรรณ สิงห์โต (2557) ในนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 400 คน ที่พบว่าที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากบรรทัดฐานทางกฎหมาย มีการจัดแบ่งบรรจุบุหรี่ใส่ซองพลาสติกใสเล็ก ๆ ไว้พร้อมจำหน่ายในราคา 4 มวน 10 บาท หรือ 3 มวน 10 บาทขึ้นอยู่กับยี่ห้อของบุหรี่ที่แบ่งบรรจุ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, 2556) ซึ่งการแบ่งขายบุหรี่แบบเป็นมวน ทำให้คนที่มีรายได้น้อยทั้งเด็กและคนที่ยากจนสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายและได้ตลอดเวลา (มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560) และมีการขายบุหรี่ผ่านเว็บไซต์ต่าง ๆ จำนวน 630 เว็บไซต์ โดยทำการขายบุหรี่ในราคาถูก มีการโปรโมชันลดราคา และแถมสินค้าต่าง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) และการได้บุหรี่มาสูบอาจได้มาจากเพื่อน ๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yigitalp (2015) ในนักศึกษาพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศตุรกี จำนวน 400 คน และการศึกษาของ Musmar (2012) ในนักศึกษาคณะมนุษยศาสตร์และศิลปศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ และคณะสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งชาติอันนาจาห์ รัฐปาเลสไตน์ จำนวน 954 คน ที่พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในเขตภาคตะวันออก มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว ดังนั้นในการป้องกันไม่ให้นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพสูบบุหรี่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ อาจารย์พยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สร้างเสริมสมรรถนะภายในตัวบุคคลโดยการสอนและฝึกทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การตัดสินใจ การฝึกปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ จากสถานการณ์จำลองต่าง ๆ เรียนรู้ประสบการณ์จากเพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เป็นต้น
2. ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ โดยผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ และมีความหลากหลาย เช่น การจัดนิทรรศการที่มีการร่วมตอบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การจำลอง

สถานการณ์จริงที่นำเสนอเกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบจากการสูบบุหรี่ เพื่อให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน และมีความน่าสนใจ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ และช่องทางต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายอย่างต่อเนื่อง

3. ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในครอบครัวและเพื่อน ๆ ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักถึงอิทธิพลของบุคคลใกล้ชิดที่มีต่อวัยรุ่น และการเป็นแบบอย่างที่ดี และไม่ชักนำไปสู่การสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการสูบบุหรี่ใน ระยะลังเลใจ ระยะทดลองสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการสูบบุหรี่ในระยะแรก เพื่อการป้องกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นต้น เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในระยะดังกล่าว อาจมีความแตกต่างกัน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้มีความเข้าใจลึกซึ้งในประเด็นเกี่ยวกับทัศนคติต่อ บทบาทความรับผิดชอบของวิชาชีพที่มีต่อการสูบบุหรี่

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง (Crosssectional study) จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายเชิงเหตุและผล จึงควรศึกษาติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไปข้างหน้า (Prospective study) หรือการศึกษาย้อนหาสาเหตุ (Case-control study)

4. พัฒนาโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของเพื่อน และผู้ปกครองในการเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ

บรรณานุกรม

- Ah, D. V., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N. & Kang, D.-H. (2005). Factors related to Cigarette Smoking Initiation and use among college students. *Tobacco Induced Diseases*, 3(1), 27-40.
- Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A. & Rampal, K. G. (2011). Stress and Coping Strategies of Students in a Medical Faculty in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences [MJMS]*, 18(3), 57-64.
- Al-Kaabba, A. F., Saeed, A. A., Abdalla, A. M., Hassan, H. A. & Mustafa, A. A. (2011). Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(1), 8-12.
- Al-Kaabba, A. F., Saeed, A. A., Abdalla, A. M., Hassan, H. A. and Mustafa, A. A. (2011). Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(1), 8-12.
- AlSwuailem, A. S., AlShehri, M. K. & Al-Sadhan, S. (2014). Smoking among dental students at King Saud University: Consumption patterns and risk factors. *The Saudi Dental Journal*, 26(3), 88-95.
- American Cancer Society. (2003). Engaging Doctors in tobacco control. from <http://www.strategyguides.globalink.org/comparison> guides
- Armstrong, G. W., Veronese, G., George, P. F., Montroni, I. & Ugolini, G. (2017). Assessment of Tobacco Habits, Attitudes, and Education Among Medical Students in the United States and Italy: A Cross-sectional Survey. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(3), 177-187.
- Arslan1, F. T., Aksitt, S. & BaŞbakkal, Z. (2015). Medical and Nursing Students' Smoking Habits, Nicotine Dependence Levels, and Contributing Factors. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 2(4), 1-6.
- Bago, B. J. (2017). Prevalence of Cigarette Smoking and Its Associated Risk Factors among Students of Hawassa University, College of Medicine and Health Sciences, 2016. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 8(4), 1-9.
- Baheirai, A., Mirghafourvand, M., Mohammadi, E. & Majdzadeh, R. (2016). Experiences of cigarette smoking among iranian educated women: A qualitative study. *International Journal of*

Preventive Medicine and Public Health, 7(93), 1-11.

Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (1997b). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman and company.
New York: Freeman and company.

Basu, M., Das, P., Mitra, S., Ghosh, S., Pal, R. & Bagchi, S. (2011). Role of family and peers in the initiation and continuation of smoking behavior of future physicians. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 3(3), 407-411.

Bian, J., Du, M., Liu, Z., Fan, Y., Eshita, Y. & Sun, J. (2012a). Prevalence of and factors associated with daily smoking among Inner Mongolia medical students in China: a cross-sectional questionnaire survey. *Prevention, and Policy*, 7(20), 1-11.

Bian, J., Du, M., Liu, Z., Fan, Y., Eshita, Y. & Sun, J. (2012b). Prevalence of and factors associated with daily smoking among Inner Mongolia medical students in China: a cross-sectional questionnaire survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(20), 1-11.

Bigwanto, M., Mongkolcharti, A., Peltzer, K. & Laosee, O. (2015). Determinants of cigarette smoking among school adolescents on the island of Java, Indonesia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 29(2), 1-8.

Chung, S. S. & Joung, K. H. (2014). Risk factors for current smoking among American and South Korean adolescents, 2005-2011. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(6), 408-415.

Darling, N. & Cumsille, P. (2003). Theory, measurement, and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, 98(Suppl), 21-36.

Drombrowski, S. M. (1999). Preventing disease with stress management in elementary school (Electronic version). *Journal of School Health*, 126-127.

Elamin, O. E. O., Elamin, S. E. O., Dafalla, B. A. A., El-Amin, M. E. & Elsiddig, A. A. (2013). Cigarette smoking among medical students in The National Ribat University, Sudan. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 13(2), 45-51.

Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T. & Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243-248.

Eticha, T. & Kidane, F. (2014). The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia.

PLOS ONE Journal, 9(10), 1-10.

Eticha, T. and Kidane, F. (2014). The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia.

PLOS ONE Journal, 9(10), 1-10.

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, 111-114.

Flay, B. R. & Petraitis, J. (1994). The Theory of Triadic Influence: A New Theory of Health Behavior with Implications for Preventive Intervention. *Advances in Medical Sociology*, 4(1), 19-44.

Flay, B. R. and Petraitis, J. (1994). The Theory of Triadic Influence: A New Theory of Health Behavior with Implications for Preventive Intervention. *Advances in Medical Sociology*, 4(1), 19-44.

Flay, B. R., Snyder, F. J. & Petraitis, J. (2009). The Theory of Triadic Influence. In R. J. DiClemente., R. A. Crosby. & M. C. Kegler. (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research (2nd ed., pp. 451-510)* (pp. 451- 510). San Francisco: Jossey - Bass.

Ford, K. H., Diamond, P. M., Kelder, S. H., Sterling, K. L. & McAlister, A. L. (2009). Validation of scales measuring attitudes, self-efficacy, and intention related to smoking among middle school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 271-278.

Ganesh, K. S., Subba, S. H., Unnikrishnan, B., Jain, A. & Badiger, S. (2011). Prevalence and Factors Associated with Current Smoking Among Medical Students in Coastal South India. Kathmandu University. *Medical Journal*, 9(4), 233-237.

Green, L. W. & Johnson, J. L. (1996). Dissemination and utilization of health promotion and disease prevention knowledge: theory, research and experience. *Canadian Journal of Public Health*, 87, 11-17.

Hiemstra, M., Otten, R. & Engels, R. C. (2011). Smoking onset and the time-varying effects of self-efficacy, environmental smoking, and smoking-specific parenting by using discrete-time survival analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 240 -251.

Homsin, P. (2006). *Predictors of Smoking Uptake Among Thai Male Adolescents: Early Smoking Stages*. Doctoral of Philosophy dissertation: Nursing, Chiangmai University.

Homsin, P., Srisuphun, W., Pohl, J. & Tiansawas, S. (2006). The development of the smoking attitude

- for Thai adolescent. *Journal of Nursing Research*, 10(2), 113-119.
- Jeng, C.&Braun, L. T. (1994). Bandura's self-efficacy theory: A guide for cardiac rehabilitation nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 12(4), 425-436.
- Karamat, A.,Arif, N.,Malik, A. K.,Chaudhry, A.,Cheema, M. A.&Rauf, A. (2011). Cigarette smoking and medical students at King Edward Medical University, Lahore (Pakistan). *Journal Pak Med Assoc*, 61(5), 509-512.
- Kvis, F.,Clark, M. A.,Crittenden, K. S.,Warnecke, R. B.&Freels, S. (1995). Age and smoking cessation behaviors. *Preventive Medicine*, 24(3), 297-307.
- Mao, R.,Li, X.,Stanton, B.,Wang, J.,Hong, Y.,Zhang, H.&Chen, X. (2009). Psychosocial correlates of cigarette smoking among college students in China. *Health Education Research*, 24(1), 105-118.
- Mee, S. (2014). Self-efficacy: A mediator of smoking behavior and depression among college students. *Pediatric Nursing*, 4(1), 9-16.
- Melaku, L.,Mossie, A.&Negash, A. (2015). Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. *Journal of Biomedical Education*, 1-9.
- Musmar, S. G. (2012). Smoking habits and attitudes among university students in Palestine: A cross-sectional study. *The Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(5), 454-460.
- Ohida, T.,Kamal, A. A. M.,Takemura, S.,Sone, T.,Minowa, M.&Nozaki, S. (2001). Smoking Behavior and Related Factors among Japanese Nursing Students: A Cohort Study. *Preventive Medicine*, 32, 341-347.
- Ozturk, C.,Bektas, M.,Yilmaz, E.,Salman, F.,Sahin, T.,Ilmek, M.&Goke G. (2011). Smoking Status of Turkish Nursing Students and Factors Affecting Their Behavior. *Asian Pacific Journal Cancer Preview*, 12(1), 1687-1692.
- Pankaj, J. P.,Rathore, M. S.,Saini, P.&Mangal, A. (2015). Prevalence and Associated Factors of Tobacco Smoking among Undergraduate Medical and Dental Students in Rajasthan. *International Journal of Scientific Study*, 3(4), 63-67.
- Polit, D.&Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principle and Method* (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Raddaha, A. H. A.,Al-Sabeely, A. A.,Mohamed, H. M.&Aldossary, E. H. (2017). Tobacco smoking among nursing students in Saudi Arabia: A descriptive correlational study. *Journal of*

Nursing Education and Practice, 7(10), 98-108.

- Rashid, A. K.&Azizah, A. M. (2011). Smoking Habits Among Medcial Students In A Private University. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2011, 11(1), 70-77.
- Rashid, A. K.andAzizah, A. M. (2011). Smoking Habits Among Medcial Students In A Private University. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2011, 11(1), 70-77.
- Richter, M. (2010). *Risk behavior in adolescence: Patterns, determinants and consequences*. Wiesbaden, Germany: Springer Fachmedien.
- Scientific committee on Tobacco and Health [SCOTH.]. (1998). *Secondhand smoke: review of evidence Since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke*. London: Department of Health Press 6.
- Singh, V. V.,Singh, Z.,Banerjee, A.&Basannar, D. (2003). Determinants of Smoking Habit among Medical Students. *Medical Journal, Armed Forces India*, 59(3), 209–211.
- Smith, M. J.&Liehr, P. R. (2013). *Middle range theory for nursing* (3rd ed.). New York: Springer.
- Stanley, L.,David, W. H.,Janelle, K.&Stephen, K. L. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sterling, L. K.,Diamond, P. M.,Dolan Mullen, P.,Pallonen, U.,Ford, K. H.&McAlister, A. L. (2006). Smoking-related self-efficacy, beliefs, and intention: Assessing factorial validity and structural relationships in 9th-12th grade current smokers. *Addictive Behaviors Reports*, 32(9), 1863-1876.
- Sychareun, V.,Hansana, V.,Choummanivong, M.,Nathavong, S.,Chaleunvong, K.&Durham, J. (2017). Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR. *British Medical Journal Open*, 3(1), 1-9.
- Taheri, E.,Ghorbani, A.,Salehi, M.&Sadeghnia, H. R. (2014). Cigarette Smoking Behavior and the Related Factors among the Students of Mashhad University of Medical Sciences in Iran. *Iran Red Crescent Med Journal*, 17(1), 1-6.
- Tamaki, T.,Kaneita, Y.,Ohida, T.,Yokoyama, E.,Osaki, Y.,Kanda, H., . . . &Hayashi, K. (2010). Prevalence of and Factors Associated with Smoking among Japanese Medical Students. *Journal of Epidemiology*, 20(4), 339–345.
- Turhan, E.,Inandi, T.,Col, M.,Bugdayci, R.,Eker, O.&Ilhan, M. (2016). Smoking Cessation and Attitudes, Belief, Observation, and Education of Medical Students, in Turkey. *Journal of*

Nepal Medical Association, 54(202), 55-62.

Warren, C. W., Jones, N. R., Chauvin, J. & Peruga A. (2008). Tobacco use and cessation counselling: cross-country. *Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS)*, 17(4), 238-247.

World Health Organization [WHO.]. (2011). Child and adolescent health and development. from http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2011/01_06_2011/en/index.html.

Yerpude, P. N. & Jogdand, K., S., (2011). Study of determinants of smoking habit among medical students. *Pravara Medical Review*, 3(2), 16-19.

Yigitalp, G. (2015). Factors affecting smoking status of nursing students and their addiction levels. *Turkish Thoracic Journal*, 16(3), 121-127.

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). แบบประเมินความเครียด ST5 from <http://www.dmh.go.th/test/qttest5/>
กรมอนามัย. (2551). คู่มือทันตบุคลากร. from <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/PR/E-book/smoke/smoke11.html>

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). ถนน ปชต: การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ = *5A smoking cessation in daily work*. กรุงเทพฯ. : มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2559). ๑ อสม. ช่วยคน ๑ คนเลิกยาสูบ นนทบุรี: ธีรกานต์ กราฟฟิค
กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา. (2561). สถิตินิติ. from

<http://reg.buu.ac.th/registrar/stat.asp?avs762638041=1>

กุลกานต์ อภิวัฒน์สังการ. (2557). พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น. *วารสารมนุษยนิเวศศาสตร์ ฉบับพิเศษ*, 36(1), 65-70.

จริญญา แก้วสกุลทองและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23(2), 65-77.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์. (2556). พฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. *พฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย*, 6(2), 110-115.

จันทจิตา พุกษานานนท์. (2559). ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. In รสวันต์ อารีมิตร, สุภิญญา อินอิ้ว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริชัย หงษ์สงวนศรี & และสมจิตร จารุตรตันศิริกุล (Eds.), *พัฒนาการของสมองและการรู้คิดในวัยรุ่น* (pp. 141-147). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วน ภาพพิมพ์.

- จุฬารัตน์ สติปัญญาและวิทยา เหมพันธ์. (2556). ความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัย: Stress among Students in University. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 1(1), 43-58.
- จรรย์ อุตสาหะ, ฐิติพร กันวิหก, เสริมชัย จุฬาศรีกุลและวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์. (2558). การสังเคราะห์อภิमानงานวิจัย ป้องกันพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย. วารสารควบคุมโรค, 41(4), 271-284.
- นพพร อึ้งอารณ์. (2554). การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์. นครราชสีมา: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- นิยม จันทน์นวล, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, พลากร สืบสำราญสุบรรณ สิงห์โต. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(2), 57-65.
- เบญจพร อรุณประภรณ์, โชติกา วงศ์เจริญและรัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2556). พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรชั้นปีที่ 3. นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ, 12(1), 1636-1648.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2552). ข้อมูลบุหรี่และสุขภาพ. กรุงเทพฯ: รักย์พิมพ์.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2555). การเสียชีวิตของคนไทยต่อปีจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. from http://www.ashthailand.or.th/th/information_page-1.html
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2557). ป้องกันยาเสพติดในเด็กโดยป้องกันไม่ให้ติดบุหรี่. from <http://www.thaihealth.or.th/Content/24838> -ป้องกันยาเสพติดในเด็กโดยป้องกันไม่ให้ติดบุหรี่.html
- ประภิต วาทีสาธกกิจและกรรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2551). สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย. from <http://guru.sanook.com/encyclopedia>
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (ม.ป.ป.). ทักษะคิด การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: พีรวิทยา.
- พนม เกตุมาน. (2550). ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น. from http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). แนวคิด และทฤษฎี สู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่. (2535). พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่พ.ศ. 2535. from <http://person.ddc.moph.go.th/law/index.php/25351/19-2016-11-01-07-45-12>
- พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2560). ประสบการณ์การสูบบุหรี่ของหญิงวัยรุ่นตอนปลาย: กรณีศึกษานักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 9 – 17.
- พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิราสินี แซ่จ๋อง, กานดา จันท์เข็มและสุจิตรา จรจิต. (2553). พฤติกรรม เงื่อนไข ผลกระทบของผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการ

- สาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 19(6), 971-981.
(2559).
- มูลนิธิรณรงค์ช่วยให้เลิกบุหรี่และสารเสพติด. (2556). หน้าแก่...ผิดที่สูบบุหรี่ นิโคตินทำให้หลอดเลือดหดตัว.
from <http://www.saf.or.th/news/สาระความรู้/20>
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2560). บุหรี่ = ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รรินทร์ ชาญญาติ. (2554). *Nicotine dependence*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- รศมี สังข์ทอง. (2553). มายา ยาสูบ กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณและสาโรจน์ นาคจู. (2550). ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ลักษณะพร กรุงไกรเพชรและกิตติ กรุงไกรเพชร. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา. *บูรพาเวชสาร*, 4(1), 21-30.
- วันทนา ทิพย์มณฑะ. (2551). สารที่น่ารู้เกี่ยวกับ “บุหรี่”. from <http://www.suansaranrom.go.th/php/html/modules.php?name = Content & pa = showpage & pid = 64>
- วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. (2543). การพัฒนานิสิตนักศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอุดมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีบุญญา เบญจกุล, ทรายดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, ณัฐพล เทศขยันและสาโรจน์ นาคจู. (2553). สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2552. *นันทบุรี: ไนซ์ เอิร์ท ดีไซน์ด์*.
- ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิชและณัฐพล เทศขยัน. (2554). คู่มือข้อมูลยาสูบและตัวชี้วัดมาตรฐานสำหรับการควบคุมยาสูบตามยุทธศาสตร์ *MPOWER*. *นันทบุรี: ไนซ์ เอิร์ท ดีไซน์ด์*.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจ่างและสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). *สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจ่างและสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย 2561*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. (2551). วิธีเลิกสูบบุหรี่. from http://www.bangkokhealth.com/index.php?option=com_content&view=article&catid=55%3A2009-01-19-03-02-58&id=524%3A2009-01-20
- ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2556). *คู่มือชุดนิทรรศการเข็ม-คีน*

- ส่งเสริมการพัฒนาทักษะชีวิตประเด็น “บุหรี่และยาสูบ”. from
<http://resource.thaihealth.or.th/library/hit/15079>
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมชาย ชาญกุล. (2553). วัยรุ่นกับยาเสพติด. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 12, 167-173.
- สมชาย รัตนทองคำ. (2554). ลักษณะผู้เรียนระดับอุดมศึกษา. ขอนแก่น: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับลงประกาศราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). แลงข่าวการลดขายบุหรี่เกือบหนึ่ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). ลักษณะนิสัยทั่วไปของวัยรุ่น. from
<https://www.thaihealth.or.th/Content/41762>- ลักษณะนิสัยทั่วไปของวัยรุ่น
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ. (2552). โทษ พิษภัยของบุหรี่. Retrieved 22 กุมภาพันธ์ 2561, from <http://www.thaiantitobacco.com>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- สุรางค์ เชื้อวิชชากร. (2556). การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุรินทร์ กลัมพากร, สุวัฒนา เกิดม่วงและนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (2550). รายงานการวิจัยเชิงสำรวจวิชาชีพสาธารณสุขและการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2551). พัฒนาการของวัยรุ่นและการปรับตัว. Retrieved 1 มีนาคม 2561, from
<http://www.nicfd.cf.maahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf>
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2558). “หมอมคว” เตือนวัยรุ่นลดบุหรี่ ทำลายสมองส่วนคิด-ทำงานขั้นสูง. from
<http://www.nicfd.cf.maahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf>
- สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2551). กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สุวรรณี จรุงจิตรอารี, นวลอนงค์ ชัยปิยะพร, สลิลลา เศรษฐ์ไกรกุลและอินมา สันติวรกุล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 25(2), 164-171.
- เสฏฐวุฒิ หนู่มคำ. (2559). ทศนคติเชิงบวกกับการสร้างแรงงานสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาอีสเทอร์น, 10(2), 73-83.
- อารณ์ ดীনาน. (2551). แนวคิด & วิธีการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น. ชลบุรี: ไฮเคนกรุ๊ป.

อาวุช เจริญนนทสิทธี. (2553). ตัวแบบการเฝ้าระวังทางวัฒนธรรมต่อปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์
วัน เดือน ปี เกิด	18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	169/ 155 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2545 พยาบาลวิชาชีพ 3 พ. โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี
	พ.ศ. ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541-2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2561 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	-