

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง การรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1. ความหมายของสุขภาพ
2. ความหมายของพฤติกรรม
3. พฤติกรรมในวัยมัธยม
4. บุหรี่และควันบุหรี่
5. สารพิษในบุหรี่
6. โรคที่เกิดจากสูบบุหรี่
7. พิษภัยของบุหรี่ต่อคนข้างเคียง
8. ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่
9. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความหมายของสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน แผนงานสร้างเสริมสุขภาพะมุสลิมไทย, 2547) ได้ให้ความหมาย หรือ คำนิยามของคำว่า "สุขภาพ"(Health) ว่า “Health is a stage of complete physical, mental, social and spiritual well-being, not merely absence of diseases and infirmity” ซึ่งหมายถึง สุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทุก ๆ ทาง เชื่อมโยงกัน รวมถึงอยู่ในสังคมที่มีสันติสุข ไม่เฉพาะการไม่พิการ หรือไม่มีโรคเท่านั้น สุขภาพดี จึงเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนควรมีโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้อย่างแท้จริง โดยทุกคน ทุก ส่วนของสังคมจะต้องมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพดี ดังนั้น สุขภาพในที่นี้จึงมีความหมายรวมใน 3 มิติได้แก่

1. มิติทางร่างกาย (Physical well-being) หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

2. มิติทางจิตใจ (Mental well-being) หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์มั่นคง มีจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

3. มิติทางสังคม (Social well-being) หมายถึง การมีสังคมที่สงบสุขทั้งในครอบครัว ชุมชน ที่ทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติสุข มีความขัดแย้งน้อยที่สุด หรือสามารถแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

**ประเวศ วะสี** ให้ความหมายของสุขภาพ (อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2543) ว่าเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยกล่าวว่า

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้ หมายถึง กายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัว เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็น สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสระภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ทำให้ขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อรู้สึกขาด ต้องการอะไรไปเติม เช่น ยาเสพติด ความฟุ้งเฟ้อ หรือ ความรุนแรง การติดความฟุ้งเฟ้อ และความรุนแรง เพราะการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมาติดอยู่ที่ระดับวัตถุ ตราบใดที่ยังไม่ยกระดับการพัฒนาถึงจิตวิญญาณแล้วก็จะไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดสุขภาวะได้

วิชัย เทียนถาวร (อ้างถึงใน สำนักที่ปรึกษาอนามัย, 2546) กล่าวว่า สุขภาพหรือสภาวะ เป็นคำที่มีความหมายของภาวะแห่งการมีความสุขของคนเรา ซึ่งต้องไม่เพียงแต่ไม่เป็นโรค หรือ บาดเจ็บเท่านั้น แต่เป็นภาวะที่คนเรามีความสุข ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา "สุขภาพ" จึงเป็นเรื่องค่อนข้างลึกซึ้ง มุมมองเรื่องสุขภาพของคนส่วนใหญ่ จึงเป็นเพียงเรื่องของ ความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเข้าใจว่า สุขภาพเป็นเพียงเรื่องของโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น

โดยสรุป คำว่าสุขภาพจึงหมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งไม่เพียงแต่การไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่จะต้องเชื่อมโยงกันทั้งกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นเพื่อให้ การจัดการสุขภาพที่ครอบคลุม จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งการศึกษาวิจัยเรื่องการ รับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก็เป็นส่วนหนึ่งในการช่วย ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

## 2. ความหมายของพฤติกรรม

**2.1 พฤติกรรม (Behavior)** (ปรีชา วิหคโต, 2547: 5-12) เป็นการกระทำทุกอย่างที่เกิดขึ้น ในสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม ไม่ว่าจะผู้อื่นจะสังเกตการกระทำได้หรือไม่ก็ตาม การยิ้ม การ หัวเราะ ดีใจ เสียใจ การคิด การฝัน การเต้นของหัวใจ เป็นต้น

**2.2 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior)** พฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยตรง หรือใช้ เครื่องมือวัดได้ เช่น การพูด การเดิน ฯลฯ แบ่งได้ 2 ประเภท

2.2.1 พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ โดยตรง คือ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเดิน การนั่ง ซึ่งสามารถสังเกตได้โดยการดู การพูดสามารถสังเกตได้โดยการฟัง เป็นต้น

2.2.2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถ สังเกตได้โดยตรงแต่ต้องอาศัยเครื่องมือวัด เช่น การทำงานของสมอง วัดโดยเครื่องวัดคลื่นสมอง วัดการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

**2.3 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior)** พฤติกรรมที่ไม่สามารถวัดโดยตรง และ เครื่องมือก็ไม่สามารถวัดได้ ต้องอาศัยการอนุมาน จากพฤติกรรมภายนอก เช่น การจำ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก เจตคติ เป็นต้น

พฤติกรรมของมนุษย์จึงเกิดจาก

1. แรงขับ
2. ความคิด

3. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

4. การเลียนแบบ

### 3. พฤติกรรมในวัยมัธยม

สุรวงศ์ ไคว้ตระกูล (2541: 86-90) อธิบายว่า เด็กวัยมัธยมศึกษาหรือวัยรุ่น เป็นวัยที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี มีลักษณะของพัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว พัฒนาการทางด้านอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จนทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล ดังนั้น ครู ผู้ปกครอง หรือผู้ใกล้ชิดควรมีการศึกษาพัฒนาการของวัยรุ่น เพื่อเตรียมการปฏิบัติที่ถูกต้องตามพัฒนาการของเด็ก ซึ่งพัฒนาการของวัยรุ่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น และเกี่ยวข้องกับเรื่องที่คุณวิจัยต้องการศึกษาสรุปได้ดังนี้

**3.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย** เด็กวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งความสูงและน้ำหนัก เกิดความแตกต่างระหว่างเพศอย่างเห็นได้ชัด มีการสร้างเซลล์สืบพันธุ์และระดับฮอร์โมนเพิ่มขึ้น

**3.2 พัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม** อารมณ์ของเด็กวัยรุ่นค่อนข้างจะรุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งความตึงเครียดของอารมณ์ในวัยรุ่น บางครั้งจะเนื่องมาจากการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความไม่ชอบหรือไม่พอใจในการเปลี่ยนแปลง นั่นคือพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางด้านร่างกาย วัยนี้ค่อนข้างเอาตัวเองเป็นศูนย์กลางแต่มักจะเป็นห่วงเพื่อนร่วมวัยว่าคิดอย่างไร เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากที่สุด วัยรุ่นมักมีปัญหาเรื่องการปรับตัวซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย เช่น เมื่อมีความรู้สึกซึมเศร้า อาจจะเป็นสาเหตุให้เด็กวัยรุ่นมีปัญหาทางความประพฤติ เช่น การทดลองยาเสพติดได้ ซึ่งยาเสพติดที่ใกล้ตัวเด็กวัยรุ่นที่สุดนั้นก็คือนูทรี นั่นเอง

นอกจากนี้ วัยรุ่นยังมีความต้องการที่จะใกล้ชิดผูกพัน เพื่อนร่วมวัยจึงมีความสำคัญต่อวัยรุ่นอย่างมาก วัยรุ่นมักจะคบเพื่อนที่มีความสนใจและมีค่านิยมร่วมกัน ชอบเลียนแบบกัน ซึ่งถ้าหากเด็กวัยรุ่นมีค่านิยมที่ผิด อย่างเช่น การเสพยาเสพติดแล้ว ก็ย่อมมีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่นคนอื่นๆ ให้มีค่านิยมที่ผิดร่วมกันไปด้วย เนื่องจาก เด็กวัยนี้ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนจึงพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้กลุ่มเพื่อนหันมาสนใจและให้การยอมรับตน ถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มจะรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้ง ดังนั้น วัยรุ่นจึงปฏิบัติตามแบบเพื่อนเพื่อที่จะได้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน

#### 4. บุหรี่และควันบุหรี่

มนูญ ปุณฺณกิริยากร (2545: 10-15) ได้กล่าวไว้ในวารสารแรงงานสัมพันธ์ ซึ่งสรุปได้ว่า บุหรี่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาเปอร์เซีย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง ยาสูบที่ใช้ใบตองหรือกระดาษ มวนใบยาที่หั่นฝอย ส่วนวารสารสารคดี สุทัศน์ ยกส้าน (2543: 173-175) อธิบายว่า ยาสูบเป็นพืชพื้นเมืองของทวีปอเมริกาใต้ เม็กซิโก และเวสต์อินดีส ออกดอกเป็นช่อ ดอกมีเกสรทั้งเกสรตัวผู้และเกสรตัวเมียในดอกเดียวกัน มันจึงสามารถผสมพันธุ์ได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาแมลง ยาสูบเจริญเติบโตได้เร็วและดีในแทบทุกสภาพดินฟ้าอากาศ ในปัจจุบัน อเมริกา ตุรกี อินเดีย บราซิล และรัสเซีย เป็นประเทศที่มีการปลูกยาสูบมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก สำหรับประเทศไทยได้รับวัฒนธรรมยาสูบมาจากชาวจีนเมื่อหลายร้อยปีมาแล้ว ปัจจุบันแหล่งปลูกยาสูบจะมีมากทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เดิมบุหรี่ไทยมวนด้วยใบตองซึ่งแบ่งแยกออกตามชนิดและสีของใบตอง เช่น ตองอ่อน ตองขาว ตองดำ และยังมีบุหรี่กลีบบัว บุหรี่จันทน์ (มวนด้วยใบจาก) บุหรี่เหล่านี้จะเรียกว่า บุหรี่ราชภัฏ แต่ถ้าเรียกเป็นบุหรี่หลวงจะหมายถึง ฟีน ที่ถือเป็น “ยาสูบ” ที่ทางราชการผลิตออกจำหน่ายแก่ประชาชนจนถึงปี พ.ศ. 2503 จึงได้เลิกไป ในด้านการค้าบุหรี่ในรูปแบบของบริษัท เกิดขึ้นเมื่อต้นรัชกาลที่ 6 ชื่อบริษัทยาสูบสยามเป็นของนายเชียงเค่งเหลียน สิบญูเรื่อง ผลิตบุหรี่ใบตองกินรี ส่วนบริษัทยาสูบต่างดาวก็มีบริษัทยาสูบอังกฤษอเมริกัน และบริษัทนันทยาง (จีน)

สันติพงษ์ ปิตตฤกษ์ (2544: 65-68) ได้เรียบเรียงการศึกษาควันบุหรี่ ไว้ในวารสารอัปเดตว่า เมื่อจุดบุหรี่กระบวนการเผาไหม้ก็เกิดสารต่างๆ ขึ้น ในใบยาสูบเกิดการเปลี่ยนแปลงทุกครั้งที่มีผู้สูบบุหรี่สูดควันเข้าปอด นั่นคือ การนำพาสารเคมีนับพันชนิดเข้าสู่ร่างกาย และกระบวนการทำลายสุขภาพก็เริ่มต้นอีกครั้ง เป็นเวลานานมาแล้วที่ทราบกันว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสุขภาพของคนเรา และแม้จะทราบถึงพิษภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่ แต่คนเหล่านั้น ก็ยังเลือกที่จะสูบบุหรี่ด้วยเหตุที่ว่า “ติด” บุหรี่จนไม่อาจเลิกได้ ซึ่งมีนักวิทยาศาสตร์หลายคนพยายามศึกษาว่ามีสารเคมีใดบ้างที่อยู่ในบุหรี่ หรือเกิดขึ้นระหว่างการสูบบุหรี่ และสารเคมีเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างไร รวมทั้งมีวิธีการขจัดหรือลดสารเคมีเหล่านั้นออกจากบุหรี่หรือไม่ ในปี พ.ศ. 2493 ความรู้ทางเคมีเกี่ยวกับควันจากใบยาสูบนั้นมีน้อยมาก การศึกษาทางเคมีเกี่ยวกับเรื่องควันบุหรี่นี้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2498 เอ.ไอ.โคสแซค พบว่า ควันของใบยาสูบนั้นประกอบด้วยสารเคมี 79 ชนิด ในปัจจุบันพบว่า ควันจากการเผาใบยาสูบประกอบด้วยสารเคมีประมาณ 4,800 ชนิด จากการศึกษาทางระบาดวิทยา แสดงให้เห็นว่าควันจากการเผาใบยาสูบเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรงหลายอย่าง ต่อมาในปี พ.ศ. 2498 รัฐบาลของสหราชอาณาจักรประกาศว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของ

โรคมะเร็งปอด แต่ก็ไม่มี การตั้งกฎข้อห้ามใดๆ เนื่องจากมีคนสูบบุหรี่กันเป็นจำนวนมาก ทำให้ รัฐบาลเองก็มีรายได้เป็นจำนวนมากในรูปของภาษียาสูบ

สำหรับควันบุหรี่ในอากาศนั้น สมชาย บรรณกิจติ กับ อรรถ นาวา (2536: 56-59) ได้วิเคราะห์ ควันบุหรี่ไว้ในวารสารราชบัณฑิตยสถานว่า ควันที่พ่นกลับออกมาจากทางเดินอากาศหายใจของ ผู้สูบบุหรี่ในปริมาณร้อยละ 85 และควันจากปลายบุหรี่ที่กำลังเผาไหม้ที่ไม่ได้ถูกดูดเข้าไป ร้อยละ 15 ส่วนไอระเหยผ่านกระดาษมวนบุหรี่นั้นเกิดขึ้นน้อย จากการวิเคราะห์สารเคมีในบุหรี่มากกว่า 50 ชนิด มีศักยภาพเป็นสารก่อมะเร็งต่อมนุษย์และสัตว์ สารเคมีส่วนใหญ่ในควันที่ไม่ได้สูดเข้าไป มีความเข้มข้นสูงกว่าควันที่สูดเข้าไปแล้วพ่นกลับออกมา อนุภาคในควันที่ไม่ได้สูดเข้าไปมีขนาดข้อม กว่าอนุภาคในควันที่พ่นกลับออกมาจึงทำให้สามารถผ่านลงไปปอดได้ลึกกว่า โดยการตรวจ วิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ว่าการสูดหายใจควันบุหรี่ในอากาศ โดยไม่ได้ สูบบุหรี่ทำให้รับสารพิษจากควันเข้าสู่ร่างกายได้

อัตราเทียบส่วนประกอบของควันบุหรี่ ระหว่างควันที่ไม่ได้สูดกับควันที่สูดแล้วพ่น ออกมา เป็นดังนี้

		MSS		SS/MSS	
		ควันที่ไม่ได้สูด		ควันที่สูดแล้วพ่นออกมา	
แก๊ส	คาร์บอนมอนอกไซด์	10-20	มก.	2.5	มก.
	คาร์บอนไดออกไซด์	20-60	มก.	8.1	มก.
	มีเทน	1.3	มก.	3.1	มก.
	อะเซทิลีน	27	มคก.	0.8	มคก.
	แอมโมเนีย	80	มคก.	73	มคก.
	ไฮโดรเจนไซยาไนด์	430	มคก.	0.75	มคก.
	ไดเมทิลไนโครซามีน	10-65	มคก.	52	มคก.
อนุภาค	น้ำมันดิน	1-50	มก.	1.7	มก.
	นิโคติน	1-25	มก.	2.7	มก.
	โทลูอิน	108	มคก.	5.6	มคก.
	ฟีนอล	20-150	มคก.	2.6	มคก.
	แนฟทาลีน	2.8	มคก.	16	มคก.
	ไฮดราซีน	32	มคก.	30	มคก.

## 5. สารพิษในบุหรี่

ในบุหรี่ (วารสารข้าราชการ, 2530 : 45, กองบิน 46, 2548) จะประกอบไปด้วยสารต่างๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด ใน 4,000 ชนิดนี้มีสารก่อมะเร็งไม่น้อยกว่า 42 ชนิด แต่สารชนิดที่เป็นอันตรายและสำคัญๆ ได้แก่

**5.1 นิโคติน** เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่นการสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกลึบช้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน [epinephrine] ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด เส้นเลือดตีบตัน ความดันโลหิตสูง บุหรี่หนึ่งมวนจะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) และสำหรับบุหรี่กั้นกรองก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง ผลของนิโคตินทำให้เกิดการทำลายของเยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหัวใจขาดเลือด

**5.2 ทาร์** หรือน้ำมันดินประกอบด้วยสารหลายชนิด ซึ่งเป็นสารสีน้ำตาลจะจับที่ปอดทำให้ปอดระคายเคือง ไอเรื้อรังมีเสมหะ เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซองจะรับน้ำมันทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี สำหรับในบุหรี่ไทยจะมีสารทาร์อยู่ระหว่าง 12-24 มิลลิกรัมต่อมวน

**5.3 คาร์บอนมอนอกไซด์** เป็นก๊าซจากการเผาไหม้ ที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับระยะเวลาปกติ ทำให้เซลล์ร่างกายเกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่อยล้า ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อจะสูบฉีดโลหิตนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอจนเป็นโรคหัวใจได้

**5.4 ไฮโดรเจนไซยาไนด์** เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหัวใจหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น หลอดเลือดแดงแข็ง ถ้าไฮโดรเจนไซยาไนด์ ประกอบกับสารพิษอื่น ๆ ได้แก่ นิโคตินเป็นพิษต่อเซลล์เยื่อบุชั้นในของหลอดเลือด เมื่อกลไกนี้ เกิดซ้ำอีก ร่วมกับการขาดออกซิเจนจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ยิ่งจะ

ทำลายเซลล์ชั้นในของหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ในเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกล็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้ เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ชั้นในของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่แล้ว เกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตทันทีทันใดได้

**5.5 ไนโตรเจนไดออกไซด์** เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดส่วนปลาย และถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อยลง ลดพื้นที่ผิวที่จะใช้จับและแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองในที่สุด

**5.6 แอมโมเนีย** มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก

**5.7 สารกัมมันตรังสี** ควันบุหรี่มีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรี่ยังเป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

**5.8 แร่ธาตุบางอย่าง** เช่น โบแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล โครเมียม รวมทั้งสารดีดีที อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังจากการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนิกเกิลทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่น จะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

โดยสรุปแล้ว สารพิษต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดโรคร้ายต่างๆ หลายโรค แต่โรคที่สำคัญและเป็นกันมาก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ทั้งนี้สารที่ทำให้เสพติดจนไม่อาจเลิกได้ทั้งที่ทราบว่ามีสารพิษเป็นส่วนประกอบอยู่ในบุหรี่ ก็คือ สารนิโคตินนั่นเอง สารนิโคตินจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง

## 6. โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

บุหรี่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิด ครึ่งหนึ่งของคนสูบบุหรี่จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งโรคที่ทำให้เสียชีวิตในอันดับต้นๆ มีดังนี้

**6.1 โรคมะเร็งปอด** (บุหรี่ยับกับโรคมะเร็งปอด, 2547) ร้อยละ 90 ของโรคมะเร็งปอด เกิดจากการสูบบุหรี่ โรคมะเร็งปอดเป็นโรคอันดับ 1 ของชายไทย พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ซึ่งตรวจพบในระยะเริ่มแรกได้ยาก และมีอัตราการตายสูง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่



สำคัญที่สุดของการเกิดโรคมะเร็งปอด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบ 10 เท่า ผู้ที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ของผู้อื่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดด้วย ควันบุหรี่มีสารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีประมาณ 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ตัวกระตุ้นและตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปอด ได้แก่ ทาร์ นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไฮยานายด์ ฟีนอล แอมโมเนีย เบ็นซีน และ ฟอรัมาลดีไฮด์ เป็นต้น อาการของโรคจะไอเป็นเลือด น้ำหนักลดเร็ว หอบเหนื่อย บวมที่คอ หน้า แขน ออก กลืนอาหารลำบาก มีก้อนที่คอ ปวดกระดูก ในผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรครเป็น 12 เท่า สูบบุหรี่ 21-40 ปี เสี่ยงมากกว่า 30 เท่า สำหรับการหยุดสูบบุหรี่ ช่วยลดความเสี่ยงเมื่อหยุดสูบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อปอดอย่างถาวรและเลิกสูบ 10-15 ปี ลดอัตราเสี่ยงได้ 50% อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด (อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด, 2548) ในผู้สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอัตราส่วนสูงกว่าถึง 10 ต่อ 1 หากแพทย์ตรวจพบเชื้อในระยะแรก และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมดจะยังมีโอกาสหายขาด

**6.2 โรคหัวใจ** (กองบิน 46, 2548 และ คริสตัสไคแอนนอสติก, 2547) ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดเสื่อมและตีบ หัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูง หรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดและไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 10-15 ปี องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ ในสตรีสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ มากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบ และโรคระบบหลอดเลือด สูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย นอกจากนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจากจำนวนบุหรี่ที่สูบ และในกลุ่มผู้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนั้น ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลย และอีกร้อยละ 25 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล นั่นคือ หากเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันขึ้นแล้ว โอกาสจะมีชีวิตอยู่จะน้อยลง และมีปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตต่อไปด้วย ผลจากการสูบบุหรี่ต่อการทำงานของหัวใจนั้น เมื่อมีการดูดซึมนิโคตินเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งสารเอพิเนพริน (Epinephrine) ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตีบตัน เพิ่มไขมันในเลือด ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงมีมากในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

โรคอ้วน ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย สำหรับการหยุดสูบบุหรี่ ช่วยลดการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด ลดการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำหรือตายทันที

**6.3 โรคถุงลมโป่งพอง** (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547 และ สำนักที่ปรึกษาอนามัย, 2546) โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆ เสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับควันบุหรี่ ตามปกติแล้วพื้นที่ในปอดจะมีถุงลมเล็กๆ กระจายอยู่เต็มทั่วปอด เพื่อทำหน้าที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย สาเหตุจากควันบุหรี่และสารพิษซึ่งได้แก่ สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมให้ฝักซัดทีละน้อยทีละน้อย ทำให้หลอดลมและถุงลมระคายเคืองเรื้อรัง หนาตัว และตีบ ถุงลมอักเสบ บวม แตก รวมเป็นถุงลมใหญ่ เรียกว่า ถุงลมโป่งพอง ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะเป็นหวัด เจ็บคอ คออักเสบ หลอดลมอักเสบ เหนื่อยหอบ หน้าอกบวม หายใจมีเสียงต้องรับออกซิเจนตลอดเวลาด้วยเครื่องช่วยหายใจจนเสียชีวิต โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการสูบบุหรี่ การตอบสนองของร่างกายต่อควันบุหรี่ และพันธุกรรม โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่ทรมาณ และรุนแรงมาก ก่อให้เกิดทุกขเวทนาแก่ผู้ป่วย ญาติมิตร อาการของโรคถุงลมโป่งพองในขั้นต้น มักไม่ค่อยมีอาการมาก อาจเป็นอาการทั่วๆ ไป คือ ไอเรื้อรัง มีเสมหะ เป็นหวัด เจ็บคอ คออักเสบง่าย หายยาก หลอดลมอักเสบบ่อยหายช้า ต้องใช้ยารักษานานกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ขั้นที่สอง มีอาการหอบเหนื่อย เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หน้าอกบวม หายใจมีเสียงต้องใส่กลัมน้ำออก และบริเวณไหล่มากเวลาหายใจ หายใจลำบากเพราะหลอดลมตีบขึ้น ถุงลมเล็กแตกรวมกันทำหน้าที่แลกเปลี่ยนอากาศไม่ได้ ส่วนในขั้นที่เป็นมากแล้ว จะหอบเหนื่อยมากจนทำงานไม่ได้ เดินหรือดำรงชีวิตประจำวันไม่ได้ เพราะเหนื่อยมาก ต้องนอนพัก ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ต้องได้รับออกซิเจนช่วยตลอดเวลา เนื่องจากปอดถูกทำลายหมด และการให้ออกซิเจนก็ต้องให้ด้วยความระมัดระวังกว่าปกติ เพราะหากให้ออกซิเจนในปริมาณสูงอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ หากผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากๆ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ที่เป็โรคถุงลมโป่งพองแล้วหากหยุดสูบบุหรี่ โรคจะหายเป็นปกติหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับโรคอยู่ในระดับใด หากเป็นระยะแรกจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก ถ้าเลิกสูบบุหรี่ อาการไอเรื้อรัง เสมหะจะหมดไปได้ แต่ถ้าหากเป็นมากจนมีอาการหอบเหนื่อยเพราะถุงลมถูกทำลายมาก มีอาการตีบของหลอดลม เนื่องจากเยื่อหลอดลมหนาตัว มีการย่อยสลายโปรตีนของชั้นเนื้อเยื่อ ทำให้ช่องทางเดินอากาศแคบลง ถ้าเลิกสูบบุหรี่ อาการหอบเหนื่อยจะดีขึ้นเล็กน้อย แต่เนื่องจากปอดถูกทำลายมาก ไม่สามารถกลับมาเหมือนคนปกติได้ อาการหอบเหนื่อยจะทรุดลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะในผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อ อาจจะมีปัญหาโรคแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม ถุงลมแตก ปอดแตก ซึ่งจะทำให้

เสียชีวิตเร็วขึ้น และในผู้ที่เป็นโรคถุงลมโป่งพอง จะมีโอกาสเป็นปอดบวมแทรกซ้อนสูงกว่าและอาการหนักกว่าผู้สูงอายุทั้ๆ ไป ที่ไม่สูบบุหรี่

## 7. พิษภัยของบุหรี่ต่อคนข้างเคียง

การที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน ร้านอาหาร หรือที่ใดก็ตาม โดยจะหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าสู่ปอดซึ่งจะเรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง (ผู้สูบบุหรี่มือสอง, 2545) ควันบุหรี่ที่ล่องลอยอยู่นั้นจะประกอบด้วยควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซับสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ขณะที่ควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่ได้สูบ มีความเข้มข้นของสารพิษสูงกว่าและมีขนาดเล็กกว่าควันที่ถูกพ่นออกจากปากผู้สูบ จึงสามารถผ่านลงไปปอดได้ลึกกว่า จากการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ได้ว่า การหายใจเอาควันบุหรี่ในอากาศรอบตัวโดยไม่ได้สูบบุหรี่ทำให้รับสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้ การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีผลต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในระยะของควันบุหรี่สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งผลกระทบของควันบุหรี่ สรุปรจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2542: 92) วารสารรักลูก (2542) วารสารใกล้หมอ (2540) วารสารดวงใจพ่อแม่ (2542: 76) และวารสารหมอชาวบ้าน (2528) มีดังต่อไปนี้

### 7.1 ผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์และทารก

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่ ควันบุหรี่ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์ทารกในครรภ์ช้าลง เด็กคลอดออกมาตัวเล็กกว่าปกติ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ สมองเด็กเกิดความบกพร่อง เด็กคลอดก่อนกำหนด ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่เกิน 10 มวนต่อวัน ระหว่างตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรที่มีพฤติกรรมผิดปกติถึง 4.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน หรือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่เลย เกิดอาการตกเลือดหรือแท้ง พิษจากควันบุหรี่ที่ผ่านเข้าไปในร่างกายแม่สามารถผ่านทางรกเข้าสู่ทารกได้ ทารกจะได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้เกิดอาการครรภ์เป็นพิษได้ อาจคลอดก่อนกำหนด หญิงมีครรภ์สูบบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักตัวในขณะที่ตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดในระหว่างคลอด และหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ และรกหลุดตัวก่อนกำหนดมากขึ้นลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่ อาจมีน้ำหนักและความยาวตัวน้อยกว่าปกติ

พัฒนาการทางด้านสมองช้ากว่าเด็กปกติ อาจมีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท ระบบความจำ ส่วนในกรณีที่บุคคลอื่นสูบบุหรี่แต่มารดาได้รับควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ทำให้มารดามีโอกาสให้กำเนิดทารกก่อนกำหนด มากกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่ ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุเท่าๆ กัน ที่อาศัยอยู่กับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ถึง 90 กรัม ซึ่งน้ำหนักตัวของเด็กแรกเกิดเป็นส่วนหนึ่งในครรภ์ที่พัฒนาการและสุขภาพของทารก มีผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กในระยะยาว ควันบุหรี่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ทำให้เป็นโรคโคลิค เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ในเด็กทารก ทำให้เด็กปวดท้อง โมทิลินเป็นฮอร์โมนทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวหรือบีบตัวมาก ควันบุหรี่เป็นสาเหตุร่วมกับอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกเป็นโรคโคลิค อาการของโรคทำให้เด็ก ตัวเกร็ง ร้องไห้ เด็กที่เป็นโคลิคนี้ มักจะตัวโต และกินเก่ง เป็นเพราะเด็กทานนมมากและลำไส้บีบตัวแรงมาก ผลเสียของอาการโคลิคนี้คือ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวตอนโตขึ้น

## 7.2 ผลกระทบต่อเด็ก

เนื่องจากเด็กได้รับควันบุหรี่โดยตรง ปอดของเด็กที่กำลังเจริญเติบโตจะได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ที่สูดดมมากที่สุด โดยที่จะมีการเจริญเติบโตของปอดน้อยกว่าปกติ และมีอาการไอ เสมหะมากกว่าปกติ จากการรายงานของสำนักงานพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (EPA) ของสหรัฐอเมริกา ระบุว่า การสูดควันบุหรี่เข้าไปทำให้เด็กๆ เกิดอาการของโรคทางเดินหายใจรุนแรง มากกว่า 200,000 คน ต่อปี รวมทั้งมีอาการของโรคปอดบวมและหลอดลมอักเสบด้วย การได้รับควันบุหรี่ยังทำให้เด็กๆ มีโอกาสเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้น 2 เท่า ถ้าอยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน การได้รับควันบุหรี่จะทำให้เด็กที่มีอาการของโรคหืดอยู่แล้ว เกิดอาการหอบบ่งขึ้นและรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดน้ำขังในช่องหูส่วนกลาง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการรับรู้และการทรงตัวของเด็กในอนาคต การได้รับควันบุหรี่ยังทำให้เกิดอาการระคายเคืองของตา จมูก และคอ รวมไปถึงปอด ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมาก แขนงหน้าอก และปอด มีสมรรถภาพลดลง การได้รับควันบุหรี่ตั้งแต่วัยเด็ก จะมีผลอย่างมากต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งในอนาคต

## 7.3 ผลกระทบต่อคนทั่วไป

ในกลุ่มสมรสของผู้สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่สมรสของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี สำหรับคนทั่วๆ ไปที่อยู่ใบบรรยากาศที่สูดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะ

ผู้ที่เป็โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอักเสบ อยู่แล้ว มีอาการกำเรบเพิ่มมากขึ้น ในสตรีที่สามีสูบบุหรีมากกว่าวันละซอง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็มะเร็งปอดสูงเป็น 2 เท่าของสตรีทั่วไป

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่งยิ่งที่ผู้ไม่สูบบุหรีทั้งหลาย ซึ่งมีจำนวนมากกว่าคนสูบบุหรี ควรที่จะรักษาสิทธิของตนเองในการป้องกันตนเองไม่ให้รับควันพิษจากบุหรี ไม่ว่าจะเป็ที่ทำงาน ร้านอาหาร โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล รถแท็กซี่ รถประจำทาง หรือแม้กระทั่งรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งมักจะมึคนสูบบุหรีอยู่ 1 คน แต่มีผู้สูบบุหรีมือสองอีกหลายคน อันตรายทั้งหลายที่เกิดจากบุหรี ผู้สูบบุหรีมือสองรับไปเต็มทีเท่ากับผู้สูบบุหรีหรืออาจมากกว่าเสียด้วยซ้ำ และสำหรับผู้สูบบุหรี ก็ต้องงดเว้นการสูบบุหรีในที่ที่มีคนอื่น ๆ อยู่ด้วย เพื่อเป็นการไม่ทำร้ายผู้อื่น และถ้าเลิกสูบบุหรีได้ ก็ย่อมเกิดผลดีต่อตัวเองโดยตรง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ติบแคบและอุดตัน เป็นหวัคบ่อยขึ้นและเป็นนานขึ้น คนเป็ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อเส้นเลือดแดงในสมองแตกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดมะเร็งในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี ทั้งนี้การสูบบุหรีในวัยผู้ใหญ่ยังทำให้เกิดการเลียนแบบที่ไม่เหมาะสมแก่เยาวชน อีกทั้งยังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคลข้างเคียง โดยเฉพาะในสถานที่ที่แออัดซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดอภคภคภคอีกด้วย

## 8. ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี (ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี, 2547 และ กองบิน 46, 2548) มีดังนี้

### การหยุดสูบบุหรีกับการเกิดมะเร็งทางเดินระบบหายใจ

1. การหยุดสูบบุหรีจะลดอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอด เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรีต่อไป โดยพบว่าหลังจากการหยุดสูบ 10 ปี ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอดจะเท่ากับร้อยละ 30-50 ของผู้ที่ยังคงสูบบุหรีต่อไปและอัตราเสี่ยงยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากหยุดสูบบุหรีเกิน 10 ปี
2. การลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดในผู้ที่หยุดสูบบุหรี พบทั้งในเพศชายและหญิง ทั้งผู้ที่สูบบุหรีชนิดก้นกรองและชนิดที่ไม่มีก้นกรอง
3. การหยุดสูบบุหรี ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำคอและกล่องเสียงเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรีต่อไป
4. การหยุดสูบบุหรีลดความผิดปกติ ที่จะกลายไปเป็มะเร็งในระยะแรกของเยื่อบุลำคอ กล่องเสียง และปอด

### การหยุดสูบบุหรี่กับมะเร็งนอกระบบทางเดินหายใจ

1. หลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 5 ปี อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งในช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น จะลดลงครึ่งหนึ่ง เทียบกับคนที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป และอัตราเสี่ยงยังคงลดลงต่อเนื่องหลังจากหยุดสูบบุหรี่เกิน 5 ปี
2. การหยุดสูบบุหรี่ ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อน เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แต่การลดลงของความเสี่ยนี้จะพบหลังจากหยุดสูบบุหรี่เกิน 10 ปีขึ้นไป
3. อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างมาก ในหญิงที่เลิกสูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แม้ว่า จะหยุดสูบบุหรี่ไปเพียง 2-3 ปี ข้อมูลนี้เป็นการสนับสนุนว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

### การหยุดสูบบุหรี่กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. การหยุดสูบบุหรี่ ทำให้ลดการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ถ้าหยุดสูบบุหรี่ได้ พบว่า 10 ปี หลังจากหยุดสูบบุหรี่ จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจพอ ๆ กับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหัวใจขาดเลือด แล้วหยุดสูบบุหรี่ จะลดการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หรือลดการตายทันทีที่นั้นลงไปร้อยละ 20 ถึง 50 การหยุดสูบบุหรี่จึงเป็นการรักษาที่จำเป็นในโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง ตลอดจนโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจุบันนี้โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ ฉะนั้นถึงเวลาแล้วที่สังคมจะต้องหันมาสนใจ และใช้ความพยายามร่วมกัน เพื่อรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ทั้งภาครัฐ และเอกชนอย่างจริงจัง
2. การหยุดสูบบุหรี่ ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป
3. อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันลดลงครึ่งหนึ่ง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครบ 1 ปี และจะลดลงอย่างช้าๆต่อไป หลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่
4. ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ลงเป็นอย่างมาก รายงานการวิจัยพบว่าโอกาสจะเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรลดลงถึงร้อยละ 50
5. การหยุดสูบบุหรี่ ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดเส้นเลือดตีบตันของส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

6. ในผู้ที่เป็็นโรคเส้นเลือดตีบตันที่ขา การหยุดสูบบุหรี่ช่วยทำให้เดินได้นานขึ้น ลดโอกาสที่จะถูกตัดขา หลังจากการผ่าตัดเส้นเลือด และ โอกาสการรอดชีวิตสูงขึ้น

7. หลังการหยุดสูบบุหรี่ลดโอกาสของการเป็นลมปัจจุบัน เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบและแตก ความเสี่ยงนี้จะลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ภายในเวลา 5 ปี แต่ในบางรายต้องหยุดสูบบุหรี่ภายในเวลา 15 ปี ความเสี่ยงจะลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

### การหยุดสูบบุหรี่และโรคปอดชนิดอื่นๆ

1. การหยุดสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการไอ ลดจำนวนเสมหะ ลดการหายใจมีเสียงวี๊ด และลดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

2. ในผู้ที่ยังไม่เกิดอาการของโรคถุงลมโป่งพอง การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้สมรรถภาพของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 ภายใน 2-3 เดือนหลังจากเลิกสูบบุหรี่

3. ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่อย่างถาวร อัตราการเสื่อมของปอดจะชะลอตัวลง จนเท่ากับความเสี่ยงที่เกิดในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

4. ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร อัตราการเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพองจะลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

### การหยุดสูบบุหรี่และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

1. น้ำหนักตัวเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เท่ากับ 2.3 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขนาดนี้ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแต่ประการใด

2. ร้อยละ 80 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่มีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้น ที่หยุดสูบบุหรี่แล้วมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 9 กิโลกรัม สาเหตุที่น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากการกินอาหารที่มากขึ้นและการเผาผลาญพลังงานที่น้อยลงหลังการหยุดสูบบุหรี่

3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค โดยการลดอาหารประเภทไขมัน อาหารทอด จะช่วยทำให้ควบคุมน้ำหนักได้

### การหยุดสูบบุหรี่และการเจริญพันธุ์

1. ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์ จะทำให้กำเนิดบุตรที่มีน้ำหนักตัวใกล้เคียงกับบุตรที่เกิดจากแม่ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

2. หญิงตั้งครรภ์ที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนอายุครรภ์ 30 อาทิตย์ จะให้กำเนิดบุตรที่น้ำหนักตัวมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์
3. การวิจัยพบว่าถึงจะลดจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์ บุตรที่คลอดออกมาจะมีน้ำหนักตัวน้อยเหมือนกับผู้ที่ไม่ได้ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ
4. การสูบบุหรี่จะทำให้ประจำเดือนของสตรีหมดเร็วขึ้น 1-2 ปี ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ อายุที่ประจำเดือนหมดจะใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

### ประโยชน์ของการสูบบุหรี่โดยรวมๆ

1. การหยุดสูบบุหรี่เป็นผลดีต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก และเป็นผลดีที่เกิดขึ้นได้ทันที ที่เลิกสูบ ทั้งในเพศหญิงและชาย ในทุกกลุ่มอายุไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือไม่มีก็ตาม
2. ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปีจะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ยังคงสูบต่อไปเมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี
3. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งในระบบอื่นๆ หัวใจวาย กะทันหัน เส้นเลือดในสมองตีบตันกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ
4. ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์หรือระหว่าง 3 - 4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะลดความเสี่ยงที่ลูกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ
5. ผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการหยุดสูบบุหรี่มีมาก น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 2.3 กิโลกรัม
6. ในการหยุดสูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ความเสี่ยงของการที่จะเสียชีวิตจะลดลงอย่างรวดเร็ว

## 9. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

### 9.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

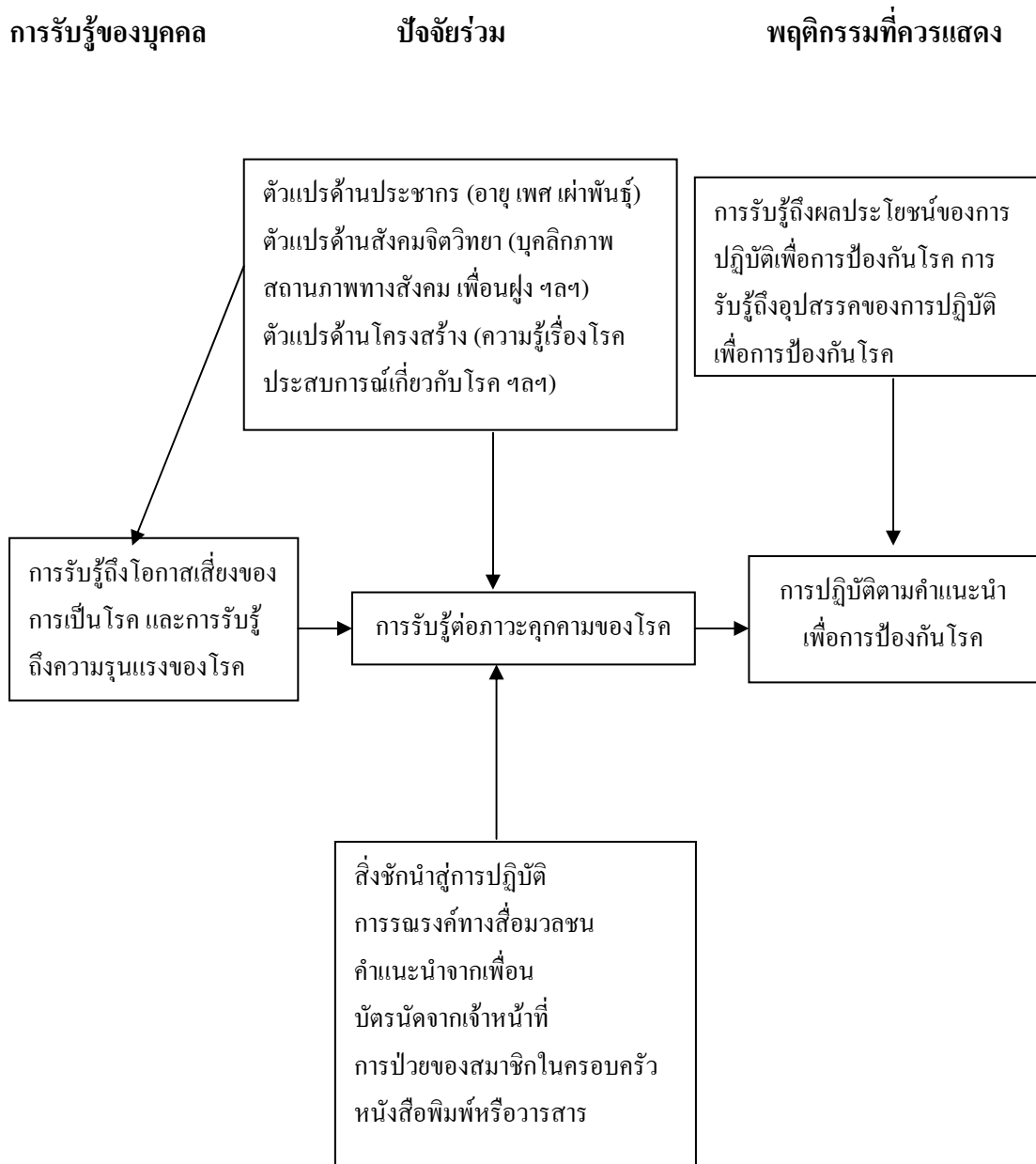
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุข, 2542: 18) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรก ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior)



ROSENSTOCK (อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุข, 2542 : 19) ได้อธิบายถึงแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ใดๆ หนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า

- 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
- 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา

นอกจากองค์ประกอบทางด้านความเชื่อแล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ BECKER และ คณะ (อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุข, 2542 : 20) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิต่อไปนี้

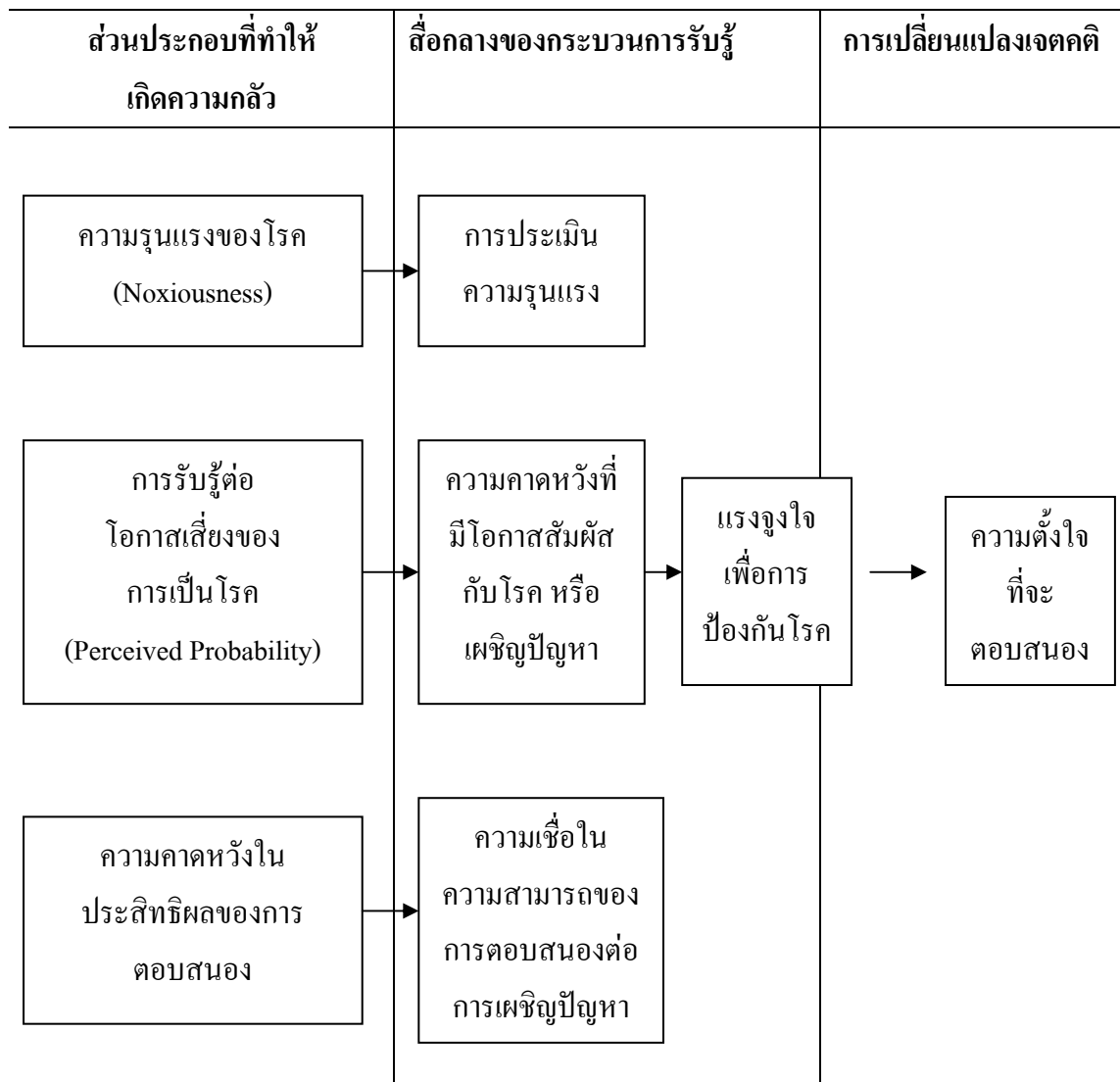


แผนผังแสดง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ BECKER และ คณะ

### 9.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (อ้างถึงใน กองสุกศึกษาสำนักงานสาธารณสุข, 2542: 35-42) เป็นการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ สื่อสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และ

ในการตรวจสอบ การประเมินการรับรู้โรเจอร์ส ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิ รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส

1) ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จาก การรู้ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏเช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำ

ให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคื่องปอดเล็กน้อย โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้ กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ขณะที่มีการกระตุ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่ากระตุ้นตามปกติ

**2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability)** จะใช้สื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถทำได้โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามว่า ตนเชื่อหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากการรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้

**3) ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)** กระทำได้โดยการนำเสนอข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์กันสูง โดยทั่วไปการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จะเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้

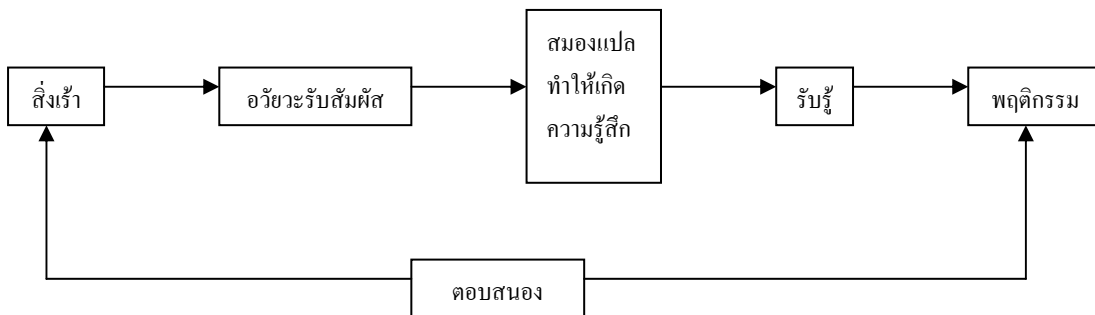
### 9.3 การรับรู้

เดมส์คัล คทวนิช (2546: 127-130) กล่าวว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตนและความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับ

ปัจจัยการรับรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือ ความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติ เป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้านคือ การรับสัมผัส การแปลความหมายและอารมณ์

**ความหมายของการรับรู้**

เดมส์คีย์ กทวนิช (2546: 127-130) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นขั้นตอนหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากกระบวนการการรับสัมผัสขึ้นกับร่างกาย กล่าวคือ เมื่อสิ่งเร้าทั้งหลายมากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง เซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่รับพลังงานจากสิ่งเร้าจะเปลี่ยนพลังงานให้เป็นกระแสประสาทเพื่อส่งไปยังสมองเขตต่างๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้น จากนั้นจึงแปลความหมายให้รู้และเข้าใจได้ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร เพื่อจะได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อไป การที่สมองสามารถแปลความหมายได้ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร เรียกว่า เกิดการรับรู้ (perception) ดังนั้น อาจสรุปความหมายของการรับรู้ได้ว่า หมายถึง กระบวนการในการแปลความหมายที่เกิดขึ้นภายหลังร่างกายเกิดการรับสัมผัสจากสิ่งเร้าทั้งหลาย ในการแปลความหมายของสมองจะถูกต้องละเอียด และชัดเจนมากขึ้นเพียงใด จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความรู้ที่สะสมไว้ ความจำ ความเชื่อ ทักษะคตติ และค่านิยมซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแผนภูมิที่ได้แสดงไว้ดังนี้



แผนผัง แสดงกระบวนการของการรับสัมผัสและการรับรู้

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล

บุคคลแต่ละคนจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าได้แตกต่างกันไป แต่การรับรู้ใดก่อนหลัง มากหรือน้อย ถูกต้องหรือผิดพลาด ชัดเจนหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ตัวบุคคล และคุณลักษณะของสิ่งเร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ตัวบุคคล** หมายถึง ลักษณะคุณสมบัติบางประการของผู้ที่จะรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ เช่น

1.1) **ความสมบูรณ์หรือความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส** การที่บุคคลมีอวัยวะรับสัมผัสที่สมบูรณ์ย่อมเกิดการรับรู้ได้ถูกต้องหรือผิดพลาดน้อยกว่าบุคคลที่อวัยวะรับสัมผัสผิดปกติหรือเสื่อมสมรรถภาพ

1.2) **ประสบการณ์เดิม (Previous Experience)** นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่สะสมไว้ในสมองเป็นเครื่องช่วยในการแปล ดังนั้นการรับรู้จะต้องผิดพลาดหรือชัดเจนมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมที่แต่ละบุคคลมีอยู่

1.3) **ความต้องการที่จะรับรู้ (Need)** ตามปกติแล้วบุคคลจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ ขึ้นก็ตาม บุคคลนั้นมักจะเกิดความต้องการที่จะรับรู้ขึ้นเสียก่อน ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการจะสร้างแรงขับหรือแรงจูงใจที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้นๆ

1.4) **ความใส่ใจ (Attention) และการเลือก (Selection) ที่จะรับรู้สิ่งเร้า** ความใส่ใจและการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้กระบวนการของการรับรู้เกิดขึ้น เนื่องจากว่รอบๆ ตัวบุคคลเต็มไปด้วยสิ่งเร้ามากมาย ไม่ว่าจะเป็นภาพ เสียงกลิ่น รส ฯลฯ สิ่งเร้าทั้งหลายเหล่านี้สามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการการรับสัมผัสและการรับรู้ได้ อยู่ตลอดเวลา แต่ในความเป็นจริงแล้วแต่ละบุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าเฉพาะที่ตนให้ความสนใจหรือใส่ใจก่อนเป็นอันดับแรก

1.5) **สภาวะทางอารมณ์ (Emotion) ของบุคคลก่อนหรือขณะเกิดการรับรู้** สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลในขณะนั้น จะมีอิทธิพลต่อการแปลความหมายถูกต้องหรือผิดพลาดได้เป็นอย่างมาก เช่น คนที่อารมณ์ไม่ดี ขุ่นมัว หงุดหงิด เครียด กังวล ย่อมจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าผิดพลาดหรือต่างไปจากขณะที่มีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริง ไม่มีฤทธิ์แอลกอฮอล์ หรือสารเคมีของยาเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.6) **ความคาดหวัง (Expectancy) ต่อสิ่งเร้า** โดยทั่วไปแล้วบ่อยครั้งที่บุคคลมักจะมี ความคาดหวังต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเอาไว้ล่วงหน้า ความคาดหวังนี้

จะเป็นปัจจัยทำให้บุคคลเกิดความสนใจที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ มากกว่าการไม่มีความคาดหวัง

**1.7) สถิติปัญญา (Intelligence)** เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แต่ละคนรับรู้สิ่งเร้าได้แตกต่างกันไป โดยคนที่มีสติปัญญาสูงจะรับรู้อะไรได้อย่างลึกซึ้ง มีการใช้เหตุผลและวิจารณญาณในการวิเคราะห์สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่รับรู้ได้ดีกว่าบุคคลที่มีสติปัญญาต่ำหรือปัญญาอ่อน

**1.8) การให้คุณค่า (Value) ต่อสิ่งเร้าที่รับรู้** สิ่งเร้าใดที่บุคคลได้ให้คุณค่าและให้ความสำคัญ สิ่งเร้านั้นจะสามารถเพิ่มความสนใจและใส่ใจที่จะรับรู้ให้มากขึ้น

**1.9) การชักจูง (Persuasion)** บุคคล กลุ่ม หรือสังคมจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยบุคคลมักจะให้ความสนใจที่จะรับรู้กับสิ่งที่บุคคล กลุ่ม หรือสังคมชักจูง

**2) คุณลักษณะของสิ่งเร้า** เนื่องจากสิ่งเร้ามีคุณสมบัติแตกต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกันไปด้วย ซึ่งจำแนกคุณลักษณะของสิ่งเร้าได้ดังต่อไปนี้

**2.1) ขนาดของสิ่งเร้า (Size)** สิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่จะสร้างความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีขนาดเล็ก

**2.2) ความเข้มของสิ่งเร้า (Intensity)** สิ่งเร้าที่มีความเข้ม เช่น วัตถุที่มีสีเข้ม เสียงที่มีความดังมาก กลิ่นที่แรง หรือการสัมผัสกับร่างกายที่หนักหน่วง สิ่งเหล่านี้จะดึงดูดความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีความเจือจาง

**2.3) ความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ** ย่อมจะทำให้เกิดความน่าสนใจที่จะรับรู้ได้มากกว่าสิ่งเร้าที่มีลักษณะเดิมๆ ดังนั้นจะเห็นว่าคนที่ดูโทรทัศน์จะไม่สนใจภาพยนตร์โฆษณาเก่าๆ แต่เมื่อมีโฆษณาชิ้นใหม่จะให้ความสนใจดูตั้งแต่ต้นจนจบ

**2.4) การเคลื่อนไหว (Movement)** สิ่งเร้าที่มีการเคลื่อนไหวจะทำให้เป็นจุดสนใจที่จะรับรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่อยู่นิ่งๆ

**2.5) การกระทำซ้ำๆ (Repetition)** ในบางครั้งบุคคลจะให้ความสนใจที่จะรับรู้หรือเกิดการรับรู้เร็วขึ้น ถ้าสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำกันบ่อยๆ หรือมีความถี่ในการเกิดสูงมากกว่าสิ่งเร้าที่นานๆ เกิดครั้ง

**2.6) สีฉูดฉาด (Colour)** สิ่งเร้าที่มีสีฉูดฉาด สะดุดตา หรือมีการตัดกันของสีที่รุนแรงจะทำให้สิ่งเร้านั้นเป็นจุดเด่นและน่าสนใจทำให้เกิดการรับรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่มีสีอ่อนหรือเจือจาง

**2.7) ความแตกต่าง (Different)** สิ่งเร้าใดที่แตกต่างไปจากสิ่งเร้าทั้งหลาย สิ่งเร้านั้นจะเร้าความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่า

### 9.3 ทฤษฎีการเรียนรู้พฤติกรรมนิยม

นักจิตวิทยาที่ยึดถือทางพฤติกรรมนิยม แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ

**1. พฤติกรรมตอบสนองเด่นที่ (Respondent Behavior)** หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยสิ่งเร้าเมื่อมีสิ่งเร้าพฤติกรรมตอบสนองก็จะเกิดขึ้น ซึ่งสามารถสังเกตได้ เป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการเรียนรู้ประเภทแรกหรือ Respondent Behavior เรียกว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ระบบการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning Theory)

**2. พฤติกรรมโอปอแรนท์ (Operant Behavior)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลหรือสัตว์ แสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมา (Emitted) โดยปราศจากสิ่งเร้าที่แน่นอน และพฤติกรรมนี้มีผลต่อสิ่งแวดล้อม เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้อธิบาย Operant Behavior เรียกว่า Operant Conditioning Theory

พื้นฐานความคิด (Assumption) ของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม คือ

- (1) พฤติกรรมทุกอย่างเกิดขึ้นโดยการเรียนรู้และสามารถจะสังเกตได้
- (2) พฤติกรรมแต่ละชนิดเป็นผลรวมของการเรียนรู้ที่เป็นอิสระหลายอย่าง
- (3) แรงเสริม (Reinforcement) ช่วยทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเชื่อว่า จิตวิทยาเป็นเสมือนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ของพฤติกรรมมนุษย์ (Scientific Study of Human Behavior) และการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมภายนอก นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (Stimuli and Response) ซึ่งเชื่อว่า การตอบสนองสิ่งเร้าของมนุษย์เป็น พฤติกรรมแบบแสดงออก (Operant Conditioning) ซึ่งมีการเสริมแรง (Reinforcement) เป็นตัวการ

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เกี่ยวกับวัยรุ่นมีหลายทฤษฎีซึ่งได้สรุปจาก พฤติกรรมวัยรุ่นของปริชา วิหคโต (2547) ไว้ดังนี้

**ทฤษฎีปัญญานิยม** แนวคิดของนักปัญญานิยม อธิบายว่าพฤติกรรมภายนอกมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมทางปัญญา นั่นคือ การรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ ความคิดที่มีเหตุผล ความเชื่อ ค่านิยม ในทรรศนะนักปัญญานิยมมีแนวคิดที่คนเราจะรับรู้สิ่งแวดล้อมแล้วใช้กระบวนการทางปัญญาคิดแล้วแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก ดังนั้น พฤติกรรมภายนอกจึงเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา พีโอเจอร์ (อ้างถึงใน ปริชา วิหคโต : 35-38) ได้ศึกษาเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่นใหญ่แล้วสรุปผลการศึกษาศัพัญญาไว้ 4 ขั้น คือ

- 1) ขั้นการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (อายุประมาณ 0-2 ปี)
- 2) ขั้นการคิดก่อนเหตุผล (อายุประมาณ 3-7 ปี)
- 3) ขั้นการคิดแบบเชิงรูปธรรม (อายุประมาณ 8-11 ปี)



#### 4) ขั้นการคิดแบบเชิงนามธรรม (อายุประมาณ 12-15ปี)

วัยรุ่นจัดอยู่ในขั้นที่ 4 ซึ่งขั้นนี้จะคิดแบบตรรกศาสตร์ สามารถแก้ปัญหาในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ คือ คิดจากข้อมูลที่นอกเหนือจากที่เห็นด้วยตา วิธีคิดในขั้นเหตุผลเชิงนามธรรมมี 3 ประการ คือ สามารถคิดในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ สามารถตั้งสมมติฐาน หรือสามารถทำนายสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงได้ และสามารถทดสอบสมมติฐานด้วยข้อมูลได้ โดยทดสอบว่าสมมติฐานใดผิด สมมติฐานใดถูก

**ทฤษฎีปัญญาทางสังคมของแบนดูรา** (อ้างถึงใน ปรีชา วิหคโต: 314-315) พอจะสรุปได้ว่าการเรียนรู้มักเป็นเรื่องของกิจกรรมการประมวลข่าวสาร โดยข่าวสารในที่นี้ หมายถึง คำพูด ลายลักษณ์อักษร รายละเอียดของการทำพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมของการทำพฤติกรรม มนุษย์เรียนรู้การทำพฤติกรรมส่วนมากมาจาก การสังเกตตัวแบบ สื่อตัวแบบของกระบวนการในการเรียนรู้จากการสังเกต ได้แก่ การมีตัวแบบทางพฤติกรรม การมีตัวแบบทางวาจา การมีตัวแบบสัญลักษณ์ และการมีตัวแบบสัมผัส

1) การมีตัวแบบทางพฤติกรรม หมายถึง การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น เช่น พ่อค่อมเหล้า หรือสูบบุหรี่ ให้ลูกเห็น เป็นต้น ตัวแบบทางพฤติกรรมมีความสำคัญต่อการสอนพฤติกรรม ตัวแบบทางพฤติกรรมส่วนมากเกิดขึ้นโดยตัวแบบไม่ได้ตั้งใจจะแสดงให้เป็นแบบอย่างแก่ผู้สังเกตแต่ผู้สังเกตก็ได้รับอิทธิพลได้มากเช่นกัน

2) การมีตัวแบบทางวาจา หมายถึง การมีตัวแบบที่พูดบอกหรือเขียนบอกว่าจะทำได้อย่างไร มนุษย์สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากมายจากการฟัง การพูดบอกของผู้อื่น หรือจากการอ่านสิ่งที่ผู้อื่นเขียนขึ้น

3) การมีตัวแบบสัญลักษณ์ หมายถึง การมีตัวแบบภาพผ่านสื่อต่างๆ คือ วิทยุ โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ ภาพยนตร์ คอมพิวเตอร์ มนุษย์เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมายผ่านสื่อเหล่านี้

4) และการมีตัวแบบสัมผัส ใช้ในการสอนคนหูหนวก และตาบอด

#### 9.4 ทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson)

ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพของอีริกสัน (อ้างถึง สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2541: 40-44) แบ่งได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1** ความไว้วางใจ-ความไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) เป็นขั้นในวัยทารก

**ขั้นที่ 2** ความเป็นตัวของตัวเองอย่างอิสระ-ความสงสัยไม่แน่ใจตัวเอง (Autonomous vs Shame and Doubt) อยู่ในช่วงวัย 2-3 ปี

**ขั้นที่ 3** การเป็นผู้คิดริเริ่ม-การรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) อยู่ในช่วงวัย 3-5 ปี

**ขั้นที่ 4** ความต้องการที่จะทำกิจกรรมอยู่เสมอ-ความรู้สึกด้อย (Industry vs Inferiority) อยู่ในช่วงวัย 6-12 ปี

**ขั้นที่ 5** การรู้จักว่าตนเองเป็นเอกลักษณ์-การไม่รู้จักตนเองหรือสับสนในบทบาทในสังคม (Ego Identity vs Role Confusion) อยู่ในช่วงวัย 12-18 ปี

**ขั้นที่ 6** ความใกล้ชิดผูกพัน-ความอ้างว้างตัวคนเดียว (Intimacy vs Isolation) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ระยะต้น

**ขั้นที่ 7** ความเป็นห่วงชนรุ่นหลัง-ความคิดถึงแต่ตนเอง (Generativity vs Stagnation) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ระยะกลาง

**ขั้นที่ 8** ความพอใจในตนเอง-ความสิ้นหวังและไม่พอใจในตนเอง (Ego Integrity vs Despair) เป็นวัยระยะปลายของชีวิต

จะเห็นได้ว่า พัฒนาการของวัยรุ่นอยู่ในขั้นที่ 5 ของทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพของอริคสัน ซึ่งขั้นที่ 5 เป็นขั้นของการรู้จักว่าตนเองเป็นเอกลักษณ์-การไม่รู้จักตนเองหรือสับสนในบทบาทในสังคม วัยนี้จะรู้สึกว่าตนเอง มีความเจริญเติบโต โดยเฉพาะทางด้านร่างกายเหมือนกับผู้ใหญ่ทุกอย่าง ร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทางเพศทั้งหญิงและชาย เด็กวัยรุ่นอยากตัดสินใจทำอะไรเอง เวลาผู้ใหญ่ห้ามเด็กจะไม่พอใจมีความวิตกกังวลในใจกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน เด็กจะจริงจังในการคบเพื่อนและค่อนข้างจะมีอุดมการณ์ของตนเอง เด็กวัยนี้ควรจะมีอัตภาพหาเอกลักษณ์ของตนเองได้ เพื่อจะได้มีความมั่นใจในตนเอง ถ้าเด็กขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่รู้ว่าตนจะทำอะไร หรือมีบทบาทอย่างไรก็จะเป็นคนไม่มีหลักการของตัวเอง ไม่รู้ว่าตนเองต้องการอะไรก็มักจะเลียนแบบผู้อื่นตามผู้อื่น ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุให้เข้ากลุ่มแก๊ง หรือพวกที่ก่ออาชญากรรม ดิคาเสพติดได้

## 10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

ชาติเชื้อ สุวรรณมุสิก (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเจตคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนหญิงและนักเรียนชายมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา และปริญญา มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ในเชิงนิเสธ นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย เกษตรกร และรับราชการ มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ และนักเรียน ที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่

ปานกลาง นักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นและนักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ นักเรียนที่โรงเรียนตั้งอยู่ในเขตเทศบาล และนักเรียนที่โรงเรียนตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงนิเสธ นักเรียนหญิงและนักเรียนชาย มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกัน นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาต่างกัน และมีอาชีพต่างกันมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกัน นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน ที่พักอาศัยในปัจจุบันต่างกัน มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกัน นักเรียนที่โรงเรียนตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

นิพนธ์ กุลนิธย์ (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ในส่วนของปัจจัยเชิงสุขภาพนั้น อันดับแรก คือ การไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดโรคลung ไปถึงปอดและไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาอันดับสอง คือ ไม่เคยเห็นคนเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ อันดับสามคือ ไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด

แต่เมื่อนำมาเรียงลำดับความสำคัญ สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดเชียงใหม่ ปัจจัยเชิงสุขภาพจะมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากปัจจัยเชิงนโยบายของรัฐ อันดับสามคือปัจจัยเชิงธุรกิจการค้า ส่วนปัจจัยเชิงจิตวิทยามีความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

นันทิยา มณีกุล (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอบรมรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ วิทยาลัยเทคนิคปัตตานี จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคปัตตานี มี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมการฝึกอบรมต่อต้านการสูบบุหรี่เพื่อเป็นเยาวชนอาสาสมัครรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ จำนวน 50 คน (2) กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การกระตุ้นเตือนเรื่องโทษและพิษภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่จากเยาวชนอาสาสมัคร จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า (1) ภายหลังจากฝึกอบรมเยาวชนอาสาสมัครทั้งหมด 50 คน ปฏิบัติหน้าที่โดยนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไปเผยแพร่ ร้อยละ 70 กับบิดามารดา และร้อยละ 96 กับเพื่อน ได้รับปฏิกริยาโต้ตอบการรับฟังด้วยดี มีเยาวชนอาสาสมัคร จำนวน 49 คน กระตุ้นเตือนด้วยวาจาในเรื่องของโทษและพิษภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 50 กระตุ้นเตือนบิดามารดา และร้อยละ 93.9 กับเพื่อน ได้รับปฏิกริยาโต้ตอบการรับฟังด้วยดี มีเยาวชนอาสาสมัครจำนวน 19 คน นำสติ๊กเกอร์ไปติดเพื่อเตือนใจผู้สูบบุหรี่ เยาวชนทั้งหมดนำไปติดที่บ้านและวิทยาลัยเทคนิคปัตตานี ร้อยละ 52.6 วิทยาลัยการอาชีพปัตตานี ร้อยละ 57.9 ป้ายรถเมล์ และมีเยาวชนอาสาสมัคร จำนวน 46 คน นำเอกสารเกี่ยวกับบุหรี่ไปเผยแพร่ โดยร้อยละ 89.1 นำไปเผยแพร่กับบิดามารดา และทั้งหมดกับเพื่อน นอกจากนี้เยาวชนอาสาสมัครทั้ง 50 คน ได้รับณรงค์

ต่อต้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50 จัดทำป้ายรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 94 จัดนิทรรศการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ (2) นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคปัตตานี ภายหลังจากปฏิบัติหน้าที่ของเยาวชนอาสา ร้อยละ 32.7 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 67.3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.4 มีเจตคติดีต่อการไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 56.0 เจตคติค่อนข้างดี ร้อยละ 19.3 เจตคติปานกลาง และร้อยละ 44.0 ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 54.7 นานๆ สูบครั้ง และนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคปัตตานีมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ หลังการปฏิบัติหน้าที่ของเยาวชนอาสาสมัครสูงกว่าการปฏิบัติหน้าที่ของเยาวชนอาสาสมัคร และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังการปฏิบัติหน้าที่ของเยาวชนอาสาสมัครต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติการหน้าที่ของเยาวชนอาสาสมัคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .01 เป็นการแสดงถึงความมีประสิทธิภาพของการฝึกอบรมรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ที่วิทยาลัยเทคนิคปัตตานี

จันทนา จันทรไพจิตร (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สาเหตุในการสูบบุหรี่ของนักเรียนในระดับมาก คือ สูบเพราะอยากทดลองสูบ ในระดับปานกลาง คือ สูบเพื่อผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล สูบเพราะเพื่อนชวนให้สูบ สูบเพื่อเข้าสังคมกับเพื่อนที่สูบบุหรี่และต้องการการยอมรับจากเพื่อน พฤติกรรมการสูบบุหรี่เริ่มสูบอายุระหว่าง 13-16 ปี ใช้เวลาหลังเลิกเรียนและพักกลางวันสูบในห้องน้ำของโรงเรียน สูบได้ทุกที่ที่ไม่ใครเห็นมากที่สุด ได้อาหารได้ดื่มไม้ ถ้าเป็นสถานที่นอกโรงเรียนก็เป็นห้องน้ำสาธารณะ บ้านเพื่อนที่ใกล้เคียง และที่บ้าน

จริยา โกสินทร์ (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสาร ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่โรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีสถานที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน 2. ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่เห็นคนสูบบุหรี่จากแหล่งที่แตกต่างกัน 3. ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่อ่านหนังสือการ์ตูน และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการเปิดรับสารเกี่ยวกับบุหรี่ผ่านสื่อวารสาร นิตยสาร ครูอาจารย์ 4. ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีพฤติกรรมการเปิดรับสารเกี่ยวกับบุหรี่ผ่านสื่อ ครูอาจารย์ บิดามารดา

อัจฉราวรรณ ศรีอัยทอง (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นการศึกษาระบบ cross-sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนระดับชั้น ม.1-6 ทั้งภาครัฐบาล

และเอกชน รวม 10 แห่ง (โรงเรียนในภาคเหนือ อีสาน ใต้ กลาง และกรุงเทพมหานคร) ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2541 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 2,243 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 17.6 โดยเป็นกลุ่ม ที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 11.6 และกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ร้อยละ 6.0 กลุ่มสูบบุหรี่พบว่า เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 10-14 ปี และพบว่ากลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มเคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมต่างๆ ของการสูบบุหรี่ได้แก่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาของการสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบ ปริมาณการสูบ และค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่กับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่พบว่ากลุ่มสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แก่ เพศ ภาค การสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การเป็นนักกีฬา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีบุคคลใกล้ชิดติดสูบบุหรี่ การมีปัญหาหรือเรื่องกลุ่มใจ จากผลการศึกษาพบว่า ในการรณรงค์เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่แต่เพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ ควรจะทำความรู้ไปกับการเปลี่ยนความเชื่อหรือทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ด้วย

ยุวดี โลกโพธิ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอำนาจเจริญ จากรายงานการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน มาจากการทดลองในชั้นแรก แล้วพัฒนาต่อมาเป็นการสูบเป็นประจำ และสุดท้ายคือ การติดนิโคติน ผลจากการวิจัยผู้ใหญ่ที่มี พฤติกรรมการติดนิโคติน โดยส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 20 ปี ซึ่งจะพบมากในกลุ่มอายุ 12-14 ปี วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่โดยไม่คำนึงถึงความมีฤทธิ์เป็นสารเสพติดของนิโคติน จุดประสงค์สำคัญของการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดورا ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 41 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทำการ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งคือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ภายหลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรม) โดยใช้แบบสอบถาม นักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ

การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีทักษะการ ป้องกันการสูบบุหรี่

ณัฐฉิณี จันทร์ก้อน (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2543 จำนวน 370 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยด้านการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของพิษที่เกิดจากบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า สถิติที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และวิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่ โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับดี 2. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีรายได้ และมีการสูบบุหรี่ของบุคคลใน ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน 3. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การสูบบุหรี่ ของเพื่อนในกลุ่ม ระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษที่เกิดจากบุหรี่ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการประเมินผลอันตรายต่อสุขภาพ และปัจจัยด้านการประเมินการเผชิญปัญหา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 28.50

ศศิพร โลจายะ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัด

ปทุมธานี ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 9 แผน โดยนำแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ในการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้ให้นักเรียนมีความรู้เรื่องบุหรี่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียดเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องบุหรี่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และพบว่า ตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ทักษะการจัดการกับความเครียด

ธนิตา มีต้องปิ่น (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การพัฒนาวิธีการในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับนักศึกษาชาย สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวิธีการในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับ นักศึกษาชาย โดยประยุกต์ McMOS Model มาเป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ติดนิโคติน และอยู่ในระยะซ้งใจ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึก จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เทปวีดิทัศน์ และเอกสารความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็นก่อนและหลัง โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ ชั้นที่ 1, 2 และ 3 ชั้นที่ 1 เป็นการสร้างความตระหนักให้เกิดการรับรู้ และความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ชั้นที่ 2 เป็นการทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ส่วนชั้นที่ 3 เป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยและเพื่อน รวมทั้งการจัดสถานที่เขตปลอดบุหรี่และข้อกำหนดต่างๆ เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ที่ถาวรต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบ ความแตกต่างภายในกลุ่มตัวอย่าง และ Students t-test เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้กับกลุ่มที่เลิกไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ชั้นที่ 1 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความ

รุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง คาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ และมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ส่วนโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้นที่ 2 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้อง หลังจากนั้นโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้น 3 มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้นักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 34% ส่วนกลุ่มที่ยังเลิกสูบไม่ได้ พบว่า มีความพยายามและความตั้งใจที่จะเลิก แต่สาเหตุที่เลิกไม่ได้ เกิดจากการสังสรรค์ระหว่างกลุ่มเพื่อนและการดื่มเหล้า ซึ่งมีผลต่อการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ยังเลิกไม่ได้ก็สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงได้ สำหรับโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้นที่ 3 สามารถทำให้กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบได้กับกลุ่มที่ไม่เลิกสูบ แสดงว่าตัวแปรทั้ง 4 ดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ แต่ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การรับรู้ในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ที่เลิกสูบได้กับกลุ่มที่ไม่เลิกสูบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าตัวแปร 3 ตัวนี้ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

### งานวิจัยต่างประเทศ

สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ (อ้างถึงใน จันทนา จันทรไพจิตร, 2541: 14) สรุปลงได้ดังนี้ อีแวน (Evan) ศึกษาเป็นเวลา 3 ปี ในกลุ่มนักเรียน Junior High School พบว่า การติดบุหรี่ของนักเรียนมาจากบุคคลใกล้ชิดตัว คือ มวนชน และการสูบบุหรี่ของบิดา มารดา และยังได้พบต่อไปอีกว่า อิทธิพลของจิตวิทยาสังคม มีผลทำให้กลุ่มวัยรุ่นตัดสินใจสูบบุหรี่ ได้แก่ บทบาททางครอบครัว แรงผลักดันจากกลุ่ม (peer Group) สอดคล้องกับงานวิจัยของเฮิร์ด (Hurd) ศึกษาการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่ชายหรือพี่สาว เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนและวัยรุ่น และจากการวิจัยของเคซิน และคนอื่นๆ ได้ศึกษาเรื่องการทำนายความตั้งใจสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในระบบโรงเรียนรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ในระดับมัธยมศึกษา เป็นนักเรียนชาย ร้อยละ 49 นักเรียนหญิงร้อยละ 51 มีสถานการณ์ทางสังคมอยู่ระดับชนชั้นกลาง บิดา มารดา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ากลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลในการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมาก ซึ่งพบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่า แสดงว่า อิทธิพลที่สำคัญในการตัดสินใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น คือ เพื่อน



Holly Oglesbee (2000) ได้ศึกษา แนวโน้มของการสูบบุหรี่และผลของการสูบบุหรี่ที่ก่อให้เกิดแรงดึงดูดและอารมณ์ การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากับผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐแคนซัสในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 56 คน และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 60 จากจำนวนประชากร 116 คน เป็นเพศชาย 57 คน และเพศหญิง 59 คน การวิจัยพบว่า คนมีนิสัยสูบบุหรี่เหมือนกันจะมีแรงดึงดูดซึ่งกันและกัน สำหรับด้านอารมณ์จากการทำแบบสอบถาม พบว่าการสูบบุหรี่ทำให้พวกเขาเป็นคนมีเสน่ห์ จากผลการวิจัยนี้เสนอเป็นการสร้างแบบให้เด็กๆ ที่เห็นสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่เกิดแรงดึงดูดให้สูบบุหรี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างการดึงดูดและสถานภาพของสูบบุหรี่

จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เริ่มสูบบุหรี่มักเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่จะกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษา สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่มีหลายสาเหตุ เช่น อยากรทดลอง สูบตามเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีทัศนคติความเชื่อที่ผิดๆ ผู้วิจัยต้องการนำเสนอการรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา เพื่อนำผลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการรณรงค์แก้ไขปัญหาเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาต่อไป