

การเริ่มต้นสูบบุหรี่ในวัยรุ่น Smoking Initiation Among Adolescents

พรนภา หอมสินธุ์* ปร.ด.
Pornnapa Homsin, Ph.D.

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญรวมทั้งประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากการเริ่มต้นสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น วัยรุ่นที่ได้เริ่มต้นสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นมีโอกาสที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้วัยรุ่นที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุมากกว่าด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นรวมทั้งแนวทางการป้องกันการเริ่มต้นการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง จากผลการศึกษาวิจัยต่างๆ พอลจะสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยจากตนเอง ปัจจัยจากกลุ่มเพื่อน ปัจจัยจากครอบครัวและปัจจัยจากสถาบันการศึกษา และการป้องกันตั้งแต่ระยะแรกเพื่อมิให้วัยรุ่น ได้มีโอกาสทดลองสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดซึ่งจะต้องมีการดำเนินการทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ : การเริ่มต้นสูบบุหรี่ วัยรุ่น

Abstract

Smoking remains a major public health problem in Thai society, especially among adolescents. Mostly, smoking initiation is happened during the adolescent years. Teenagers who start smoking during adolescence

are likely to become adult smokers. Moreover, these adolescents have a very difficult time trying to quit, if they begin smoking early. Understanding factors affecting smoking initiation and the ways to prevent adolescents from smoking uptake is therefore significant. The results from research could be concluded that factors related to smoking among adolescents were themselves, friends, families, and schools. Primary prevention for smoking initiation addressing on individual, family and community levels is the most important.

Key words : Smoking initiation, adolescents

ในปัจจุบันการสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2007) พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 13 พันล้านคนทั่วโลก โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และช่วงอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ 18-25 ปี (United Nation : [UN], 2003) ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลกที่การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในสังคม จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติและศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบปี พ.ศ. 2534-พ.ศ. 2549 (อังกษิณลักษณ์ เดิมศิริกุลชัย และศรีธัญญาเบญจกุล, 2550) พบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูบบุหรี่ 11.03 ล้านคน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คิดเป็นร้อยละ 21.91 ของประชากรทั่วประเทศและถึงแม้จะพบว่าอัตราผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่กลับพบว่าอัตราผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในประชากรหญิงและชาย และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ก็พบข้อมูลที่น่าสนใจคือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2549 อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมลดลงในทุกกลุ่มอายุยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่ค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 12 ในขณะที่เยาวชนหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 0.35 เป็นร้อยละ 0.96 ซึ่งคิดเป็นร้อยละของการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 174.3 ดังแสดงรายละเอียดใน

ตารางที่ 1 นอกจากนี้จากตารางที่ 2 ยังพบว่าอายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจาก 18-21 ปีเป็น 18-19 ปีโดยมีจำนวนน้อยเท่านั้นที่เริ่มสูบบุหรี่หลังอายุ 20 ปี และประชากรชายเริ่มต้นสูบบุหรี่เร็วกว่าประชากรหญิงโดยข้อมูลในปีล่าสุด (พ.ศ. 2549) ประชากรชายเริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณ 18 ปีขณะที่ประชากรหญิงเริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณ 20 ปี จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ และอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายยังคงสูงกว่าวัยรุ่นหญิงหลายเท่าตัว อย่างไรก็ตามก็เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ซึ่งเป็นแนวโน้มที่น่าวิตกเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน(คน)และอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15ปีขึ้นไปจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

ปีพ.ศ.	15-18 ปี		19-24 ปี		25-40 ปี		41-59 ปี		≥60 ปี	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ประชากรรวม										
2534	605,684	12.04	2,140,079	29.93	5,242,294	36.28	3,110,172	38.14	1,159,446	32.93
2539	420,924	8.87	1,913,217	28.11	5,230,127	32.31	3,600,626	33.29	1,362,400	27.66
2544	303,651	6.44	1,515,528	22.60	5,055,727	29.44	3,731,602	29.58	1,378,367	23.57
2547	300,181	6.58	1,402,622	20.92	4,679,340	26.39	3,650,657	26.09	1,325,936	20.57
2549	302,222	6.66	1,184,370	19.66	4,288,914	24.26	3,947,114	25.81	1,310,411	19.23
ประชากรหญิง										
2534	18,999	0.77	56,119	1.59	317,649	4.41	382,718	9.24	177,458	9.25
2539	9,386	0.40	55,256	1.67	239,916	2.98	305,909	5.54	158,657	5.98
2544	8,043	0.35	34,370	1.04	198,568	2.32	292,032	4.54	168,587	5.32
2547	6,131	0.27	42,545	1.29	173,838	1.98	298,079	4.19	138,124	3.94
2549	21,705	0.96	44,869	1.53	188,739	2.10	321,452	4.03	149,410	3.97
ประชากรชาย										
2534	586,685	22.80	2,083,961	57.51	4,924,644	68.01	2,727,454	67.97	981,088	61.26
2539	411,539	17.33	1,857,962	53.06	4,990,211	61.29	3,294,717	62.17	1,203,743	52.99
2544	295,608	12.36	1,481,158	43.40	4,857,159	56.26	3,439,570	55.70	1,209,780	45.12
2547	294,505	12.78	1,360,07	39.88	4,505,502	50.30	3,352,578	48.73	1,187,812	40.34
2549	280,517	12.30	1,139,501	36.82	4,100,175	47.22	3,625,662	49.53	1,161,000	38.05

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ อ่างใน ลักขณา เดิมศิริกุลชัยและศรีธัญญา เณรจกุล, 2550

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ (ปี) ของผู้สูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ

ปี.ศ.ที่สำรวจ	ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน		ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ		ผู้สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ประชากรรวม						
2534	19.03	5.20	18.44	4.57	21.39	7.23
2539	18.60	4.53	18.45	4.37	19.91	5.61
2544	18.58	4.16	18.46	4.04	19.50	4.86
2547	18.57	4.56	18.39	4.36	19.59	5.44
2549	18.25	4.34	18.12	4.21	19.09	4.99
ประชากรชาย						
2534	18.61	4.35	18.18	3.94	20.34	5.87
2539	18.38	4.04	18.26	3.91	19.49	4.90
2544	18.37	3.69	18.26	3.61	19.17	4.16
2547	18.35	4.10	18.20	3.96	19.18	4.73
2549	18.13	3.99	18.02	3.91	18.92	4.50
ประชากรหญิง						
2534	23.25	9.46	21.59	8.72	27.02	10.53
2539	21.76	8.42	21.42	8.25	23.58	9.07
2544	22.01	8.05	21.80	7.88	23.02	8.72
2547	22.30	8.44	21.74	8.02	24.59	9.63
2549	20.02	7.59	19.91	7.61	20.33	7.52

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ อ่างในลักขณา เดิมศิริกุลชัยและศรีณญา เบนจตุกุล, 2550

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้มากกว่า 25 โรค เช่นโรคมะเร็งปอด โรคหอบหืด เป็นต้น (WHO, 1998) บุหรี่ยังได้ชื่อว่าเป็นประตูด่านแรก (gateway drug) ของการนำไปสู่การใช้สารเสพติด เช่น เหล้า โคเคน และสารเสพติดอันตรายประเภทอื่นๆ (Everett, Malarcher, Sharp, Husten, & Giovino, 2000 ; Lilienthal, 2003 ; Soldz & Cui, 2001) รวมทั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ เช่น การทะเลาะวิวาท การกระทำที่ก้าวร้าว (Busen, Modeland, & Kouzekanani, 2001) ที่สำคัญฤทธิ์ของบุหรี่ก่อให้เกิดการเสพติด (US. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1990) วัยรุ่นที่มีโอกาส

ทดลองสูบบุหรี่แม้เพียงครั้งหรือสองครั้งจะมีโอกาสกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่เลยถึงสองเท่าตัว (Chassin, Presson, Sherman, & Edwards, 1990) และถึงแม้ว่าวัยรุ่นเหล่านี้จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ก็พบว่ามีเพียงจำนวนเล็กน้อยเท่านั้นที่สามารถเลิกได้สำเร็จ (Colby, Tiffany, Shiffman, & Niaura, 2000 ; USDHHS, 1994) ยิ่งไปกว่านั้นวัยรุ่นที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุมากกว่า (Ellickson, McGuigan, & Klein, 2001) ในวัยรุ่นไทยที่ติดบุหรี่พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่มีเพียงร้อยละ 15.3 เท่านั้นที่ประสบความสำเร็จ

สำเร็จ (ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย และนวนลนันต์ ดันติเกตุ, 2540)

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบอย่างชัดเจน และวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุด หากวัยรุ่นได้มีโอกาสเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่แล้วโอกาสที่พวกเขาจะกลายเป็นผู้ติดบุหรี่ในอนาคตย่อมเป็นไปได้สูง ทั้งการเลิกสูบบุหรี่ก็ทำได้ยาก ฉะนั้นการทำความเข้าใจถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางป้องกันเสียตั้งแต่ในระยะแรก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีหลายประการ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ โดยสามารถสรุปออกได้เป็นกลุ่มปัจจัยดังต่อไปนี้

ปัจจัยจากตนเอง

บุคคลที่ประเมินคุณค่าความสามารถของตนเองต่ำ รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าน้อย มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลที่รับรู้ในคุณค่าของตนเองสูง (Kawabata, Cross, Nishioka & Shimaj, 1999 ; Sneed, Morisky, Rotheram-Borus, Ebin & Malotte, 2001 ; Tyas & Pederson, 1998) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มักไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดความมั่นใจ จึงมักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของเพื่อน ผู้ปกครอง/บุคคลใกล้ชิด และสื่อต่างๆ ได้โดยง่าย ทักษะคิดความเชื่อส่วนบุคคลก็มีผลต่อการสูบบุหรี่ (Homsin, 2006 ; Wang, Fitzhugh, Eddy, Fu & Turner, 1997 ; Zhang, Wang, Zhao & Vartiainen, 2000) เนื่องจากการตัดสินใจที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ย่อมต้องผ่านกระบวนการคิดภายใน ที่ประเมินการสูบบุหรี่ในแง่มุมต่างๆ มาแล้ว เช่น ดีหรือไม่ดี เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นโทษ ชอบหรือไม่ชอบ เป็นต้น วัยรุ่นที่คิดจะสูบบุหรี่มักไม่ค่อยคำนึงถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่แต่

รับรู้ถึงความพึงพอใจ หรือผลดีที่จะได้รับจากการสูบบุหรี่มากกว่า ซึ่งไปกว่านั้นวัยรุ่นยังมักคาดการณ์ว่ามีการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกับตนมากเกินกว่าความเป็นจริงเสมอ (Simons-Morton, 2002) ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่วัยรุ่นจำนวนมากประพฤติปฏิบัติ จึงถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติทั่วไปที่ตนก็สามารถทำได้เช่นกัน วัยรุ่นที่มีผลการเรียนต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่มีผลการเรียน สูง (Olds & Thombs, 2001 ; Shamsuddin & Abdul Harris, 2000 ; Soldz & Cui, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่มีผลการเรียนต่ำอาจมีปัญหาความเครียดสูง รู้สึกสับสนจากการเรียน ที่ไม่เข้าใจ หรือจากเกรดที่ได้รับ ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก และต่อต้านไม่ยอมทำตามสิ่งที่สังคมคาดหวัง พวกเขาจึงมักมีพฤติกรรมหนีเรียน เทียวเตร่กับเพื่อนที่มีลักษณะเดียวกันหลังเลิกเรียน (Donovan & Jessor, cited in Choi, 1996) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะได้เริ่มทดลองหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ รวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ปัจจัยจากตนเองที่ถือว่าเป็นสิ่งที่ติดตัวมา ได้แก่ เพศ อายุ ก็มีผลต่อการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2540; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542 ; Conrad, Flay & Hill, 1992)

ปัจจัยจากกลุ่มเพื่อน

เพื่อนเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีผลอย่างยิ่งต่อการสูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งมักให้ความสำคัญกับเพื่อนและมักใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Lloyd-Richardson, Papandonatos, Kazura, Stanton & Niaura, 2002 ; Pensirinapa, 1995 ; Simons-Morton, 2002 ; Tyas & Pederson, 1998) การได้ใกล้ชิดกับเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกคุ้นเคยและรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ พวกเขาได้มีโอกาสสังเกตเห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อน โอกาสที่จะเลียน

แบบหรือทำตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อน จึงเป็นไปได้สูง การอยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ทำให้การเข้าถึงบุหรี่เป็นไปได้โดยง่ายเพราะการขอยุติหรือจากเพื่อนมาทดลองสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่สะดวกมากกว่าการที่ต้องไปซื้อหาเองจากร้านค้าหรือขอจากคนในครอบครัว การอยู่กับเพื่อนทำให้มีโอกาสถูกชักชวนหรือทำทนายให้สูบบุหรี่ได้มากด้วย ซึ่งวัยรุ่นที่ติดอยู่ในสถานการณ์เช่นนี้มักยากที่จะปฏิเสธข้อเสนอดังกล่าวได้ ทั้งนี้เนื่องจากพวกเขาต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการทำให้ได้อย่างที่เพื่อนทำ และไม่ต้องการสูญเสียสัมพันธภาพกับเพื่อน การสูบบุหรี่ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวกระตุ้น (catalyze) ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มมีความสุขสนุกสนานและเป็นกันเอง การได้ทำความรู้จักเพื่อนใหม่หรือการพัฒนาสัมพันธภาพจึงเป็นไปได้ง่ายขึ้น (Zhang et al., 2000) เพื่อนมิได้มีบทบาทสำคัญเฉพาะการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังพบว่าเพื่อนมีอิทธิพลที่ทำให้วัยรุ่นมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในเวลาต่อๆ มาด้วย (Jones, Schroeder & Moolchan, 2004) ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นต้องการเพื่อนที่มีลักษณะเหมือนตนเอง ภายในกลุ่มวัยรุ่นจึงส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกันให้สูบบุหรี่ การส่งเสริมอาจทำทั้งด้วยการพูดกระตุ้น การกดดันจากกลุ่ม รวมทั้งการเอื้อเฟื้อบุหรี่ให้สูบบุหรี่

ปัจจัยจากครอบครัว

ความผูกพันกันภายในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในบรรดาความสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ (Hirschi, 1969) สัมพันธภาพในครอบครัวจึงย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นรวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับครอบครัวน้อย (Ledoux, Miller, Choquet & Plant, 2002 ; McBride, 1995) และการที่บุคคลต้องเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่พ่อแม่สูบบุหรี่ ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะสูบบุหรี่ (Homsin, 2006 ; Lloyd-Richardson et al., 2002 ; Sargent & Dalton, 2001)

ทั้งนี้เนื่องจากพ่อแม่เป็นบุคคลสำคัญและเป็นต้นแบบของลูก พ่อแม่จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของลูกมาก การที่บุคคลต้องเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่สูบบุหรี่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าการ สูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติของสังคมเพราะแม้แต่พ่อแม่ของตนเองยังสูบบุหรี่ นอกจากนี้พวกเขายังได้มีโอกาสสังเกตเห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างใกล้ชิดที่บ้านทำให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะการสูบบุหรี่โดยไม่รู้ตัว เช่น การจุดบุหรี่ การคืบบุหรี่ การพันควันบุหรี่ เป็นต้น ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นรับรู้ได้ว่าพ่อแม่ ของพวกตนไม่ชอบการสูบบุหรี่ จะรู้สึกไม่พอใจหรือผิดหวังมากหากพบว่ามีการสูบบุหรี่ แนวโน้มการสูบบุหรี่ของพวกเขาจะลดน้อยลง (Homsin, 2006 ; Jackson & Henriksen, 1997 ; Simons-Morton, 2002) นอกจากนี้บุคลิกภาพ และการแสดงออกของพ่อแม่ก็มีส่วนเกี่ยวข้องเช่นกัน หากพ่อแม่ใช้วิธีการสื่อสารกับลูกไม่เหมาะสม เช่น การว่ากล่าว การห้ามปรามหรือดูเล็งที่เข้มงวดเกินไป และไม่มีเหตุผล สิ่งนี้จะกลับกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้วัยรุ่นเริ่มริลองสูบบุหรี่มากขึ้น (Simons-Morton, 2002) ทั้งนี้เพราะเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่พร้อมจะอยู่นอกกรอบและกฎเกณฑ์ของพ่อแม่อยู่แล้วนั่นเอง

ปัจจัยจากสถานศึกษา

ผู้ที่อยู่นอกกระบวนการศึกษามีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่อยู่ในระบบการศึกษา ชนิดและประเภทของสถานศึกษา เช่น โรงเรียนเอกชนหรือโรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนสาขาสามัญหรือโรงเรียนสาขาศรีก็มีผลต่อการสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนโยบาย การจัดการเรียนการสอน กิจกรรม สิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศภายในโรงเรียนมีความแตกต่างกัน ความผูกพันที่มีต่อโรงเรียน ซึ่งเกิดจากความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน ความภาคภูมิใจในโรงเรียน ความสัมพันธ์ที่ดีกับครูและเพื่อน ก็มีผลต่อการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2540 ; Eccles, Lord & Buchanan, 1996 ; Simons-Morton, 2002) โรงเรียนที่ไม่มีการควบคุมที่เข้มงวดเรื่องการสูบบุหรี่

ในโรงเรียน เช่นการกำหนดบทลงโทษ การสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยครู การรายงานความประพฤติต่อผู้ปกครอง จะทำให้นักเรียนมีโอกาสทดลองสูบบุหรี่ในโรงเรียนได้มากเพราะโรงเรียนเป็นสถานที่ที่วัยรุ่นได้มีโอกาสอยู่กับเพื่อนๆมากที่สุด จึงมีการชักชวนกันสูบบุหรี่ตามห้องน้ำ หรือที่ลับตาครูได้โดยไม่ต้องกังวลใจมากนัก โรงเรียนแต่ละโรงเรียนยังมีความแตกต่างกันในเรื่องการจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรต่างๆ เพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเช่นเดียวกัน แต่อิทธิพลหรือผลกระทบจากแต่ละปัจจัยอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่นสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่เกิดจากความผูกพันใกล้ชิดระหว่างวัยรุ่นกับแม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากกว่าสัมพันธ์ภาพที่เป็นความผูกพันกับพ่อ (Kandel, 1990) การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดก็มีความสำคัญหรือส่งผลต่อการสูบบุหรี่ที่แตกต่างเช่นกัน นั่นคือการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่อาจมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเพื่อนทั่วไป (Morgan & Grube, 1991) แม่ที่สูบบุหรี่อาจมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของลูกมากกว่าพ่อที่สูบบุหรี่ (Kandel & Wu, 1995) เป็นต้น นอกจากนี้แม้ปัจจัยดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันด้วย เช่น ถึงแม้วัยรุ่นจะถูกชักชวนให้สูบบุหรี่แต่หากวัยรุ่นนั้นได้รับการยอมรับสั่งสอนอย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่จนมีความรู้สึกที่ไม่อยากทำให้พ่อแม่เสียใจ วัยรุ่นเหล่านั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่น้อยลง (Distefan, Gilpin, Choi & Pierce, 1998 ; Flay, Hu & Richardson, 1998) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มีความหลากหลายและซับซ้อน การป้องกันการสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยองค์ความรู้อย่างกว้างขวางรวมทั้งต้องอาศัยมาตรการ นโยบายหรือแนวทางต่างๆ ที่มีความหลากหลาย

แนวทางการป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ได้ทดลองสูบบุหรี่แล้วมีโอกาสที่จะติดบุหรี่สูงทั้งการเลิกสูบบุหรี่ก็ทำได้ยาก ดังนั้นการป้องกันเสียตั้งแต่ต้น (primary prevention) เพื่อไม่ให้วัยรุ่นได้ทดลองสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด (Breslau & Peterson, 1996 ; Chassin et al., 1990) ในปัจจุบันมีการใช้มาตรการทางกฎหมายต่างๆ อาทิ การขึ้นภาษีบุหรี่ การห้ามโฆษณาบุหรี่ในสื่อต่างๆ การมีคำเตือน/รูปภาพบนซองบุหรี่ การห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามตั้งวางบุหรี่ไว้บนชั้นขายในร้าน การห้ามเป็นผู้สนับสนุนการแข่งขันกีฬาต่างๆ เป็นต้นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังคงต้องอาศัยมาตรการด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ระดับบุคคล

วัยรุ่นควรได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ อัตราการสูบบุหรี่ที่แท้จริงในวัยรุ่น โทษ/พิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ความร้ายแรงของการติดบุหรี่ที่จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาหรือการเลิกบุหรี่ที่ไม่ง่ายอย่างที่วัยรุ่นคิด เป็นต้น โดยข้อมูลดังกล่าวต้องมีความเหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น การให้ข้อมูลที่เน้นถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกายในระยะยาว เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อาจไม่ดึงดูดความสนใจของวัยรุ่นเท่าใดนัก เพราะคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่การเน้นถึงผลเสียที่เกิดขึ้นในระยะเวลานั้นๆ เช่น การมีกลิ่นปาก ฟันเหลือง เล็บเหลือง สวยหรือหล่อลดลงอาจจะได้ผลมากกว่า การปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่น การสูบบุหรี่เป็นเรื่องของความเท่ แสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น นอกจากนี้วัยรุ่นยังต้องมีทักษะในการดำเนินชีวิตด้วยเพราะจะทำให้เขามีหลักในการใช้ชีวิต มีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน โดยการให้ข้อมูลดังกล่าวจะได้ผลดีมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีการถ่ายทอดผ่านสื่อหรือวิธีการต่างๆ ที่มีความหลากหลาย ทันสมัยและมีความน่าสนใจ

ระดับครอบครัว

พ่อแม่เป็นบุคคลสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับลูก พ่อแม่ที่สูบบุหรี่จึงควรเลิกสูบบุหรี่และรับผิดชอบดูแลอบรมสั่งสอนสิ่งที่ถูกต้องให้แก่ลูกอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่ มักไม่เข้าใจว่าตนเองมีอิทธิพลต่อลูกมากเพียงไร (Barman, Pulkkinen, Kaprio & Rose, 2004) ดังนั้นการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตัวพ่อแม่เอง ก็ควรได้รับความช่วยเหลือด้วย ทั้งในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น การเข้าใจถึงความสำคัญของพ่อแม่ที่มีต่อลูก รวมถึงการเลี้ยงดูบุตรที่พ่อแม่ควรมีทักษะที่ถูกต้องในการสื่อสาร และการแสดงความรักต่อกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความความเข้าใจอันดีระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ อันจะเป็นเกราะป้องกันที่ดีสำหรับวัยรุ่น

ระดับชุมชน

การใช้กฎหมายเป็นมาตรการควบคุมทางสังคมในระดับกว้าง อย่างไรก็ดีสังคมของวัยรุ่น ส่วนใหญ่คือสังคมเพื่อนซึ่งมีความสำคัญและมีอิทธิพลกับวัยรุ่นอย่างมาก การส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้องในสังคมวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องสำคัญ สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพจึงต้องมีนโยบายหรือมาตรการที่ชัดเจน เช่น การประกาศเป็นโรงเรียนสีขาวที่ปลอดสิ่งเสพติดทุกชนิด การมีมาตรการดูแลนักเรียนอย่างทั่วถึง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เสริมสร้างบรรยากาศของการไม่สูบบุหรี่ โดยการจัดกิจกรรม เสริมหลักสูตรต่างๆ ที่เอื้อให้นักเรียนสามารถใช้ เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และได้มีโอกาสพบปะเพื่อนกลุ่มต่างๆ ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการมีแนวทางช่วยเหลือนักเรียนที่ติดบุหรี่แล้วอย่างเหมาะสมและการเป็นแบบอย่างที่ดีโดยการไม่สูบบุหรี่

ของครู เป็นต้น ด้านสาธารณสุขเองก็ควรมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมหรือชุมชน อาทิ เช่น การจัดสถานบริการปลอดบุหรี่ การรณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเห็นผลเสียของการสูบบุหรี่ การพิทักษ์สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วยังต้องมีการศึกษา/วิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้อันจะนำไปสู่การจัดการเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ

วัยรุ่นเป็นประชากรกลุ่มสำคัญที่สุดเนื่องจากพวกเขาจะเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไปในอนาคต แต่ประชากรกลุ่มนี้กลับเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ช่วงเวลาดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับวัยรุ่นมากมาย ทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดความสับสนและยุ่งยากมากขึ้นในการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่พฤติกรรมซึ่งเป็นปัญหาต่างๆรวมทั้งการเริ่มต้นสูบบุหรี่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการเป็นวัยรุ่นนี้ การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาหลายประการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการในทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ต้องเกิดจากความร่วมมือร่วมใจอย่างจริงจังโดยทุกภาคส่วนทั้งจากภาคเอกชน ภาครัฐทั้งที่อยู่ในระดับท้องถิ่นและในระดับประเทศ จึงจะทำให้การป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นประสบความสำเร็จและเป็นจริงขึ้นมาได้

เอกสารอ้างอิง

ชูชัย สุภวงค์ สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ดันดิเกตุ. (2540). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจภาพรวมทั่วประเทศ : ผลของฉลากคำเตือนต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ เยาวชนไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และศรัณญา เบญจกุล. (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบ. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพ : การควบคุมการบริโภคยาสูบ* (หน้า 63-102). กรุงเทพฯ : เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). *รายงานสรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

Barman, S. K., Pulkkinen, L., Kaprio, J., & Rose, R. J. (2004). Inattentiveness, parental smoking, and adolescent smoking initiation. *Addiction, 99*, 1049-1061.

Breslau, N., & Peterson, E. L. (1996). Smoking cessation in young adults : Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health, 86*, 214-220.

Busen, N. H., Modeland, V., & Kouzekanani, K. (2001). Adolescent cigarette smoking and health risk behavior. *Journal of Pediatric Nursing, 16*, 187-196.

Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., & Edwards, D. A. (1990). The national history of cigarette smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology, 9*, 701-716.

Choi, W. (1996). *Predictors of the adolescent smoking uptake process : The role of susceptibility to smoking*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Diego.

Colby, S. M., Tiffany, J. T., Shiffman, S., & Niaura, R.S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine?. A review of

the evidence. *Drug and Alcohol Dependence, 59* (Suppl. 1), 83-95.

Conrad, K. M., Flay, B. R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes : Predictors of onset. *British Journal of Addiction, 87*, 1711-1724.

Distefan, J. M., Gilpin, E. A., Choi, W. S., & Pierce, J. P. (1998). Parental influences predict adolescent smoking in the United States, 1989-1993. *Journal of Adolescent Health, 22*, 466-474.

Eccles, J. S., Lord, S., & Buchanan, C. M. (1996). *School transitions in early adolescence : What are we doing to our young people?* In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen. (Eds), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context* (pp. 251-284). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Ellickson, P. L., McGuigan, K. A., & Klein, D. J. (2001). Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of Adolescent Health, 29*, 101-108.

Everett, S. A., Malarcher, A. M., Sharp, D. J., Husten, C. G., & Giovino, G. A. (2000). Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among US high school students. *Journal of School Health, 70*, 234-240.

Flay, B. R., Hu, F. B., & Richardson, J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Preventive Medicine, 27*, A9-A18.

Hirchi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA. University of California Press.

Homsin, P. (2006). *Predictors of smoking uptake among Thai male adolescents : Early smoking stages*. Unpublished doctoral dissertation. Chiang Mai University, Chiang Mai.

Jackson, C., & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behavior, 22*, 107-114.

Jones, D. N., Schroeder, J. R., & Moolchan, E. T. (2004). Time spent with friends who smoke and quit attempts among teen smokers. *Addictive Behaviors, 29*, 723-729.

Kandel, D. B. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 183-196.

Kandel, D. B. & Wu, P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 5*, 225-252.

Kawabata, T., Cross, D., Nishioka, N., & Shimai, S. (1999). Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: Initial results from a three-year study. *The Journal of School Health, 69*, 280-284.

Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol & Alcoholism, 37*, 52-60.

Lilienthal, C. (2003, March 30). *The allure of lighting up : The smoking adolescent*. Retrieved April 2, 2003, from [http://](http://www.whyy.org/education/rtl.smoking.html)

www.whyy.org/education/rtl.smoking.html

Lloyd-Richardson, E. E., Papandonatos, G., Kazura, A., Stanton, C., & Niaura, R. (2002). Differentiating stages of smoking intensity among adolescents; Stage-specific psychological and social influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 998-1009.

McBride, C. M., Curry, S. J., Cheadle, A., Anderman, C, Wagner, E. H., Diehr, P., et al. (1995). School-level application of a social bonding model to adolescent risk-taking behavior. *Journal of School Health, 65*, 63-68.

Morgan, M., & Grube, J. W. (1991). Closeness and peer group influence. *The British Journal of Social Psychology, 30*, 159-165.

Olds, R. S., & Thombs, D. L. (2001). The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *Journal of School Health, 71*, 223-228.

Pensirinapa, N. (1995). *The effects of empowerment education on smoking prevention program for the secondary school students, Suphanburi province*. Unpublished doctoral dissertation. Mahidol University, Bangkok.

Sargent, J. D., & Dalton, M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics, 108*, 1256-1262.

Shamsuddin, K., & Abdul Haris, M. (2000). Family influence on current smoking habits among secondary school children in Kota Bharu, Kelantan. *Singapore Medical Journal, 41*, 167-171.

- Simons-Morton, B. G. (2002). Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. *Prevention Science, 3*, 275-283.
- Simons-Morton, B. G., Crump, A. D., Haynie, D. L., Saylor, K. E., Eitel, P., & Yu, K. (1999). Psychosocial, school, and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls. *Preventive Medicine, 28*, 138-148.
- Sneed, C. D., Morisky, D. E., Rotheram-Borus, M. J., Ebin, V. J., & Malotte, K. (2001). Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addictive Behaviors, 26*, 415-423.
- Soldz, S., & Cui, X. (2001). A risk factor index predicting adolescent cigarette smoking : A 7 year longitudinal study. *Psychology of addictive behaviors, 15*, 33-41.
- Tyas, S. L., & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking : A critical review of the literature. *Tobacco Control, 7*, 409-420.
- US Department of Health and Human Services. (1990). The health benefits of smoking cessation : A report of the Surgeon General. (Publication No. S/N 017-001-00491). Washington, DC : U. S. Government Printing Office.
- United Nations. (2003). *Youth and drugs*. Retrieved August 8, 2003, from <http://www.un.org/esa/SDCdev/inyin/helsinki/ch06-drugs-roberts.doc>
- US Department of Health and Human Services. (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General* (Publication No. S/N 090-8416). Washington, DC : U. S. Government Printing Office
- Wang, M., Fitzhugh, E. C., Eddy, J. M., Fu, Q., & Turner, L. (1997). Social influences on adolescents' smoking progress : A longitudinal analysis. *American Journal of Health Behavior, 21*, 111-117.
- World Health Organization. (2007). *Why is tobacco a public health priority?*. Retrieved November 6, 2007, from http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index..html
- World Health Organization. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva.
- Zhang, L., Wang, W., Zhao, Q., & Vartiainen, E. (2000). Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. *Health Education Research, 15*, 415-422.