

การดำเนินงานควบคุมยาสูบตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมกาสูบบุหรี ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การดำเนินงานควบคุมยาสูบตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี

ศุภจิตา นิ่มศรีกุล

นางสาวศุภจิตา นิ่มศรีกุล

ผู้วิจัย

นางสาวสุภาวดี นิ่มศรีกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เดิมศิริกุลชัย,
ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์สุปรียา ดนสกุล,
ก.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์,
ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช,
ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์นิรันดร์ อิมามิ, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การดำเนินงานควบคุมยาสูบตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมกาสูบบุหรี ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

ศุทธิดา นิ่มศรีกุล

นางสาวศุทธิดา นิ่มศรีกุล

ผู้วิจัย

นริศนา เสงี่ยมกุล

อาจารย์ศรีธัญญา เสงี่ยมกุล,

ปร.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุปรียา ดันสกุล,

ก.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถักขณา เดิมศิริกุลชัย,

ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรณี วัฒนสมบูรณ์,

ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช,

ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากการได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ต้นสกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึง ดร.ศรีณญา เบญจกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ทำให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ มาได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจและขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 อุดรธานี ผู้บริหารและอาจารย์ทุกท่าน รวมถึงนักเรียนทุกคนของโรงเรียนอุดรพิทยานุกูล โรงเรียนอุดรพิชัยรักษ์พิทยา โรงเรียนประจักษ์ศิลปาคาร และโรงเรียนโนนสูงพิทยาคม ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและมีส่วนช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนและเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาสูบที่สำคัญสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และพี่สาว ที่ได้อบรมสั่งสอน ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่านในภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ รวมถึงญาติและเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านต่อไป

สุทธิดา นิ่มศรีกุล

การดำเนินงานควบคุมยาสูบตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น จังหวัดอุดรธานี

TOBACCO CONTROL BASED ON THE HEALTH PROMOTING SCHOOL COMPONENTS AND SMOKING
BEHAVIOR AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENTS IN UDONTHANI PROVINCE

สุทธิดา นิ่มศรีกุล 4737470 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด., สุปรียา ต้นสกุล, ค.ด., ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ประ.ด.,
มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา 1) ความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้
เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับ
การสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองและทองแดง จำนวน 483 คน เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-Square
test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ
ความรู้ ได้แก่ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน
ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอนและบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับชุมชน และบริการสุขภาพ และปัจจัย
องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ นโยบาย
สุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน และการจัดการเรียนการสอน

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ ได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียน การมีเพื่อนสนิท
สูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ และการนับถือตนเอง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติ ได้แก่
เพศ ระดับผลการเรียน การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ และการนับถือตนเอง ด้าน
ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับผลการเรียน การมีบุคคล
ในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการเข้าถึงบุหรี่ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ เพศ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการเข้าถึงบุหรี่ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ได้แก่ เพศ ชั้นปี ระดับผลการเรียน การมี
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การได้รับสื่อ การเข้าถึงบุหรี่ และการนับถือตนเอง นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียน การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อน
สูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ และการนับถือตนเอง

ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการกับ
อารมณ์และความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p\text{-value} < 0.010$) จากการศึกษา
การส่งเสริมพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ในนักเรียน ควรเน้นแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการไม่สูบบุหรี่ รวมทั้ง
การพัฒนาความรู้และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน

คำสำคัญ : การควบคุมยาสูบ / โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ / พฤติกรรมการสูบบุหรี่

TOBACCO CONTROL BASED ON THE HEALTH-PROMOTING SCHOOL COMPONENTS AND SMOKING BEHAVIOR AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENTS IN UDONTANI PROVINCE

SUTTHIDA NIMSRIKUL 4737470 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., SUPREYA TANSAKUL, Ed.D., PORANEE WATANASOMBOON, Ph.D., MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional survey research was aimed to study: 1) knowledge, attitudes and skills relating to smoking and smoking behavior; 2) the relationship between the factors regarding health-promoting school components and personal factors, and knowledge, attitudes and skills relating to smoking and smoking behavior; and 3) the relationship between knowledge, attitudes, skills relating to smoking and smoking behavior. The samples were composed of 483 students selected from health promoting schools, gold and bronze levels. A questionnaire was used to collect data and the data were analyzed by computing frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation and Chi-Square test.

The results of the research showed that there was a statistically significant correlation between knowledge and the factors regarding health-promoting school components, which includes the school's health policy, physical environment, social environment, relationship with community, teaching-learning activities, and health services. The factors regarding health-promoting school components that were found to relate significantly with attitudes toward smoking were: the relationships with the community and with health services. The factors relating to health-promoting school components that were found to relate significantly to decision-making skills were: the school's health policy, physical environment, social environment, and teaching-learning activities.

The personal factors that were found to relate significantly with knowledge were gender, school achievement level, having close friends who were cigarette smokers, access to cigarettes, and self-esteem. The personal factors that were found to relate significantly with attitudes toward smoking were gender, school achievement level, having family members who were cigarette smokers, having close friends who were cigarette smokers, access to cigarettes, and self-esteem. The personal factors that were found to relate significantly with decision-making skills were gender, age, school achievement level, having family members who were cigarette smokers, having close friends who were cigarette smokers, and access to cigarettes. The personal factors that were found to relate significantly with effective communication skills were gender, having close friends who were cigarette smokers, and access to cigarettes. The personal factors that were found to relate significantly with emotional and stress management skills were gender, grade, school achievement level, having family member who were cigarette smokers, receiving media, access to cigarettes, and self-esteem. Besides, the personal factors that were found to relate significantly with smoking behavior were gender, school achievement level, having family members who were cigarette smokers, having close-friends who were cigarette smokers, access to cigarettes, and self-esteem.

Significant correlation was found between smoking behavior and the following variables: knowledge, attitudes toward cigarette smoking, decision-making skills, effective communication skills, and emotional and stress management skills (p -value < 0.01). In order to promote non-cigarette smoking behavior among school students, the emphasis should be placed on the concept of the health-promoting school relating to non-smoking, including developing knowledge and skills related to smoking of students.

KEY WORDS : TOBACCO CONTROL / HEALTH-PROMOTING SCHOOLS / SMOKING BEHAVIOR

193 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามตัวแปรที่สำคัญ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี	11
แนวคิดและสถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	58
รูปแบบการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
จริยธรรมทางการศึกษา	66
การดำเนินการวิจัย	66
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	67
บทที่ 4 ผลการวิจัย	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	117
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	128
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	140
บรรณานุกรม	153
ภาคผนวก	161
ประวัติผู้วิจัย	193

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ	70
2	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ	72
3	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่	73
4	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่การได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	74
5	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การซื้อบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ราคาบุหรี่ที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาด และร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร	76
6	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการนับถือตนเอง	77
7	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	78
8	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะเจตคติต่อการสูบบุหรี่และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	79
9	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจและระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	80
10	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	81
11	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียน และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	83
13	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่สูบบุหรี่หรืออยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	85
14	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว จำแนกตามพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	89
15	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้	92
16	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ	93
17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการ ตัดสินใจ	95
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	96
19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการ จัดการกับอารมณ์และความเครียด	98
20	ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับความรู้	99
21	ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับความรู้	101
22	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับเจตคติ	102
23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับเจตคติ	103
24	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการตัดสินใจ	104
25	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับทักษะการ ตัดสินใจ	106
26	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่กับทักษะการสื่อสารที่ มีประสิทธิภาพ	107
27	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับทักษะการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	108

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
28	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	109
29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	111
30	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่	112
31	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่	114
32	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่	115

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	แนวคิดของการพัฒนาด้านการศึกษาและสุขภาพ	22
2	การสร้างทีมงานอนามัยโรงเรียน	34
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	57
4	แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	60



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 5 ล้านคน คาดว่าราว ปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูบบุหรี่ในโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,600 ล้านคน ธนาคารโลกพบว่า ในแต่ละวันมีวัยรุ่นประมาณ 80,000 - 100,000 คนทั่วโลกเริ่มสูบบุหรี่ โดยพบในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวน 14,000 - 15,000 คน และประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 68,000 - 84,000 คน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2548: 4)

สำหรับประเทศไทย พบว่าการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ถือเป็นภาระโรคอันดับที่ 2 ของคนไทยรองจากโรคเอดส์ ซึ่งโรคจากการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจและโรคมะเร็ง เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2535 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคทั้ง 2 เท่ากับ 62 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 92 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2548: 4)

อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2547 พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 12.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 11.36 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547 โดยอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงจากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 22.98 ในปี พ.ศ. 2547 เมื่อพิจารณาตามเพศของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าหญิงมากถึง 15 เท่า (ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549: 22) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่เป็นรายภาค พบว่า ภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่าภาคอื่น คือ ร้อยละ 22.5 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.2) ภาคเหนือ (ร้อยละ 20.6) ภาคกลาง (ร้อยละ 17.1) และ กรุงเทพมหานคร มีผู้สูบบุหรี่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 12.8) แต่ถ้าพิจารณาจำนวนของผู้สูบบุหรี่แล้ว พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด คือ 3.5 ล้านคน รองลงมาคือภาคกลาง (2.0 ล้านคน) ภาคเหนือ (1.89 ล้านคน) ภาคใต้ (1.36 ล้านคน) และกทม. (858,420 คน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2547)

แต่ถ้าพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าประชากรในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง แต่หากเปรียบเทียบในปีการสำรวจล่าสุดคือ ปี พ.ศ. 2544 กับปี พ.ศ. 2547 พบว่าประชากรในทุกกลุ่มอายุมีการสูบบุหรี่ลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 15 – 18 ปี ที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ไม่ดีนัก เพราะแสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบที่เกิดขึ้น ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของอุตสาหกรรมยาสูบ

นอกจากนั้นการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุระหว่าง 15 – 24 ปี ถึงร้อยละ 84.0 รองลงมา คือ อายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 7.8) และอายุ 25 – 39 ปี (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 18.4 ปี และร้อยละ 72.9 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 มวน โดยผู้สูบบุหรี่จะเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 – 13 บาท

สำหรับสาเหตุการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนส่วนใหญ่ เกิดจากการชักนำของเพื่อน และหัดสูบบุหรี่ที่บ้านเพื่อน โดยร้อยละ 52 ของเยาวชนชายที่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยอดยาสเสพติดมาก่อน ขณะที่ร้อยละ 19 ของเยาวชนชายที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยอดยาสเสพติดมาก่อน และร้อยละ 60 ของเยาวชนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำทุกอาทิตย์ ขณะที่ร้อยละ 11 ของเยาวชนหญิงที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำ (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2547,5) ซึ่งจากการศึกษาของ ยวลักษณ์ ชันอาสา (2541: 118-121) พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออันมาจากภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่ออันมาจากกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และความตั้งใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนได้

จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2534-2549 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น (เพิ่มจากร้อยละ 4.29 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 4.46 ในปี 2549) รองลงมา คือ อายุ 11-14 ปี (เพิ่มจากร้อยละ 0.20 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 0.22 ในปี 2549) และประชากรที่มีอายุ 11-14 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3 เท่า นอกจากนี้กลุ่มประชากรอายุ 11-14 ปี เป็นกลุ่มที่อยากลอง มีความอ่อนไหวง่ายกับการชักจูงของสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงประชากรโดยรวมของวัยนี้ที่อยู่ในเขตเทศบาล มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่น่าวิตกกังวล กว่าประชากรวัยเดียวกันที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) นอกจากนี้บุหรี่ยังก่อผลเสียต่อเยาวชนในหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสังคม พบว่า ในเยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 21.2 มีผลการศึกษาที่ไม่ดี โดยมีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่มีผลการศึกษาดี ซึ่งเยาวชนที่สูบบุหรี่มักมีพื้นฐานครอบครัวที่มีความกดดันและขาดความอบอุ่น มีสมาชิกในครอบครัวชอบดื่มเหล้าหรือเล่นการพนัน มีประวัติถูกตีหรือถูก

ทำร้ายภายในบ้าน และสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง ซึ่งบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2547: 5)

มาตรการสำคัญในการป้องกันเยาวชนมิให้สูบบุหรี่มีมาตรการหนึ่ง คือ การจัดกิจกรรมในโรงเรียน โดยใช้แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม 2541: 3) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และจากข้อมูลสถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 35,619 โรงเรียน แต่มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำนวน 31,386 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 88.1 โดยมีโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 28,801 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 80.9 และผลการประเมินในปี พ.ศ. 2547 พบว่า โรงเรียนที่ผ่านการประเมินมีจำนวน 12,688 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 35.6 ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด โดยแบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 3,205 โรงเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน จำนวน 4,609 โรงเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 4,874 โรงเรียน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: 2547)

การศึกษานี้ ศึกษาในโรงเรียนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากเป็นอันดับหนึ่งและอัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับสองของประเทศ โดยทำการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอยู่ในอันดับที่ 8 ของประเทศ คือ ร้อยละ 52.38 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2544) ทั้งนี้จากข้อมูลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ทุกโรงเรียนของระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด จำนวน 922 โรงเรียน โดยแบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 501 โรงเรียนคิดเป็น ร้อยละ 54.34 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงินจำนวน 160 โรงเรียนคิดเป็น ร้อยละ 17.35 และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 261 โรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 28.31 ส่วนสถานการณ์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีที่เป็นกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยศึกษานั้นพบว่า มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำนวน 15 โรงเรียน แบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 11 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 4 โรงเรียน โดยไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน แม้ว่าจังหวัดอุดรธานีได้มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไปบ้างแล้ว แต่การศึกษาเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่แทบไม่มีการศึกษาเลย การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นเรื่ององค์ประกอบทางด้านนโยบายสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง

จังหวัดอุดรธานี ในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนสุขภาพ ได้แก่ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัญหาในการวิจัย

1. ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
4. ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับ ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

- 1.1.1 นโยบายสุขภาพของโรงเรียน
- 1.1.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน
- 1.1.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน
- 1.1.4 ความสัมพันธ์กับชุมชน
- 1.1.5 การจัดการเรียนการสอน
- 1.1.6 บริการสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.2.1 ปัจจัยทางประชากร

- 1.2.1.1 เพศ
- 1.2.1.2 อายุ
- 1.2.1.3 ชั้นปี
- 1.2.1.4 ระดับผลการเรียน

1.2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

- 1.2.2.1 การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่
- 1.2.2.2 การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่
- 1.2.2.3 การได้รับสื่อ
- 1.2.2.4 การเข้าถึงบุหรี่

1.2.2.5 การนับถือตนเอง

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 ความรู้
- 2.2 เจตคติต่อการสูบบุหรี่
- 2.3 ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
- 2.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

นิยามตัวแปรที่สำคัญ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ การได้รับสื่อ การเข้าถึงบุหรี่ และการนับถือตนเอง

1.1 การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ หมายถึง การมีสมาชิกในครอบครัว หรืออยู่ในบ้านเดียวกับนักเรียนสูบบุหรี่ ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา สูบบุหรี่ เป็นต้น

1.2 การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ หมายถึง การมีเพื่อนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับนักเรียนสูบบุหรี่

1.3 การได้รับสื่อ หมายถึง การได้รับ หรือพบเห็น หรือได้ยินข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับบุหรี่ ได้แก่ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ผ่านสื่อมวลชนต่างๆ และการเห็นภาพคำเตือนจากซองบุหรี่

1.4 การเข้าถึงบุหรี่ หมายถึง การที่นักเรียนมีโอกาสที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในรอบ 6 เดือน ได้แก่ การซื้อบุหรี่ด้วยตนเอง การหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย ราคาบุหรี่ไม่แพงเกินไป และหาซื้อได้ง่ายในร้านค้าใกล้บริเวณโรงเรียน

1.5 การนับถือตนเอง หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับความพึงพอใจ การมีคุณค่าความสามารถ ความนับถือตนเองวัดโดยประยุกต์ใช้แบบวัดการนับถือตนเอง ของ Rosenberg ซึ่ง

ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-5 ให้เลือกตอบตัวเลือก 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความร่วมมือร่วมใจกัน พัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีของทุกคนในโรงเรียน โดยเป็นโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทุกคนในโรงเรียนร่วมกันจัดโครงสร้างและประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของนักเรียน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง

3. ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดกิจกรรมต่างๆ ตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ใน 6 องค์ประกอบ คือ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพในโรงเรียน ดังนี้

3.1 นโยบายสุขภาพของโรงเรียน หมายถึง การมีการกำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และการถ่ายทอดนโยบาย ที่นำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การกำหนดนโยบายการเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของครู นักเรียน ผู้ปกครอง ในการกำหนดนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ การชี้แจงและประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบนโยบาย จัดเตรียมแผนปฏิบัติการเพื่อจัดการสูบบุหรี่ในทุกกิจกรรมของโรงเรียน และการมีบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนกฎระเบียบของโรงเรียน

3.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน หมายถึง การมีการจัดกิจกรรมหรือสภาพที่พบเห็นได้ทีเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การมีป้ายแสดงว่าเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ มีป้ายหรือสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน ร้านค้าในโรงเรียนไม่จำหน่ายบุหรี่ และร้านค้าบริเวณภายนอกโรงเรียนจำหน่ายบุหรี่ไม่เกิน 500 เมตร

3.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน หมายถึง การมีการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ผู้ปกครอง ตลอดจนบุคคลในชุมชน เพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การมีกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน เช่น การจัดนิทรรศการ การมีชมรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน เป็นต้น ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างให้แก่เด็กนักเรียน และการมีโครงการเพื่อส่งผลไม่ให้นักเรียนสูบบุหรี่

3.4 ความสัมพันธ์ของโรงเรียนกับชุมชน หมายถึง การมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและริเริ่มสูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ที่จัดโดยการร่วมมือระหว่างโรงเรียน กับครอบครัวของนักเรียน และชุมชน ในการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆตั้งแต่การกำหนดนโยบาย จนถึง

กิจกรรมการดำเนินงาน และสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการไม่สูบบุหรี่ของครู นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน ได้แก่ การร่วมตัดสินใจและการเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ กิจกรรมการตรวจร้านค้ารอบบริเวณโรงเรียนและชุมชน

3.5 การจัดการเรียนการสอน หมายถึง การมีกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ นักเรียนได้รับความรู้ เจตคติ ความเข้าใจ และทักษะเพื่อการป้องกันหรือริเริ่มสูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่ การไม่สูบบุหรี่ ได้แก่

- 1) การเตรียมครูหรือการอบรมครูให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ใน นักเรียน
- 2) การจัดการเรียนการสอนทั้งในเรื่องบุหรี่โดยตรง หรือเรื่องยาเสพติด ทั้งใน ชั้นเรียนและนอกชั้นเรียน
- 3) การจัดทำและจัดหา สื่อ / อุปกรณ์การสอนที่เกี่ยวข้องกับการไม่สูบบุหรี่

3.6 บริการสุขภาพ หมายถึง การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่โรงเรียนจัดร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประกอบด้วย การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำปรึกษา หรือช่วยเหลือครูและนักเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนการติดตามผลการเลิกบุหรี่ของ นักเรียน

ในการศึกษาองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 6 องค์ประกอบ กรณีที่ โรงเรียนมีการดำเนินงานครบตามองค์ประกอบ ถือว่าโรงเรียนมีองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพครบ แต่ถ้าโรงเรียนมีการดำเนินงานไม่ครบตามองค์ประกอบ ถือว่าโรงเรียนมีองค์ประกอบ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไม่ครบ โดยวัดจากการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียน หรือครูที่ รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน และใช้การสังเกตโดยผู้วิจัย

4. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการจำ และการอธิบาย เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่และควันบุหรี่ มือสอง มาตรการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 บ่งชี้จากผลรวมของคะแนนการตอบข้อคำถาม โดยมีตัวเลือกให้ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก

5. เจตคติต่อการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกของนักเรียนต่อการสูบบุหรี่ และผลของการ สูบบุหรี่ในด้านต่างๆ ได้แก่ ผลต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม บ่งชี้จาก ผลรวมของคะแนนการตอบแบบสอบถาม โดยประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ หมายถึง ทักษะเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับการไม่สูบบุหรี่ เป็นทักษะที่ทำให้นักเรียนสามารถแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ ได้แก่

6.1 ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการคิดอย่างมีเหตุผล ในสิ่งที่นำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยมีการประเมินทางเลือกและผลที่ได้จากการตัดสินใจเลือกทางเลือก ซึ่งจะนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ บ่งชี้จากคำตอบที่ถูกต้องต่อสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้

6.2 ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการปฏิเสธ การต่อรอง และบอกเล่า เมื่อถูกชักชวนจากกลุ่มเพื่อนให้สูบบุหรี่ ซึ่งนักเรียนสามารถหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ หรือชักชวนกระทำกิจกรรมอื่นๆ ทดแทน และการผัดผ่อนหรือเลี่ยงออกจากเหตุการณ์ที่จะน่านักเรียนไปสู่การสูบบุหรี่ได้ บ่งชี้จากคำตอบที่ถูกต้องต่อสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้

6.3 ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ และรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด วัดโดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบตัวเลือก 3 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน

7.1 การไม่เคยสูบบุหรี่ หมายถึง การที่นักเรียนไม่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่เลย คือ ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่แม้แต่ 1 มวน

7.2 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว หมายถึง การที่นักเรียนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในอดีต คือ เคยทดลองสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนขึ้นไป แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้ว

7.3 สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน หมายถึง การที่นักเรียนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือ เคยทดลองสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนขึ้นไปและยังคงมีการสูบบุหรี่มาจนถึงปัจจุบัน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยทางประชากร และปัจจัยตามองค์ประกอบของโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ต่อความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

- 1.1 สารประกอบในบุหรี่
- 1.2 อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ
- 1.3 สาเหตุของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น
- 1.4 บุหรี่กับสุขภาพจิตในวัยรุ่น
- 1.5 มาตรการทางกฎหมายกับการควบคุมยาสูบ
- 1.6 การนับถือตนเอง

ส่วนที่ 2 แนวคิดและสถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
- 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

1.1 สารประกอบในบุหรี่

ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีต่างๆ อยู่มากกว่า 4,000 ชนิด บางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (อุไรวัน คชาชีวะ, 2531: 53-57) ปัจจุบันพบว่า สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่มีทั้งหมด 42 ชนิด ในที่นี้จะกล่าวถึงสารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2538: 24-26; สิริศักดิ์ ฐริพัฒน์, 2531: 46-52)

นิโคติน เป็นสารเสพติดออกฤทธิ์ได้ทั้งเป็นตัวกระตุ้น กด และกล่อมประสาท ส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งของสารอิพิเนพริน (epinephrine) ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มไขมันในเส้นเลือด ซึ่งนิโคตินเพียง 30 มิลลิกรัม สามารถทำให้คนตายได้ บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 15 – 20 มิลลิกรัม แต่จะให้นิโคตินออกมาในควันบุหรี่ประมาณ 0.6 – 1.6 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อมวน สำหรับก้นกรองไม่ได้มีส่วนทำให้ปริมาณนิโคตินลดน้อยลงได้

ทาร์ หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะติดกันเป็นสีน้ำตาล ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย เช่น เบนโซไพรีน (Bensopyrene) ซึ่งในขนาดเจือจาง 1: 1,000 เมื่อใส่ในเม็ดพาราฟินและฝังลงในกระฟุ้งแก้มของหนูแฮมสเตอร์ 25 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 90 จะเป็นมะเร็งในปาก ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์ที่จับอยู่ที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง และมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะได้รับทาร์ (น้ำมันดิน) เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี ซึ่งบุหรี่ต่างประเทศจะควบคุมปริมาณทาร์อยู่ระหว่าง 1 – 18 มิลลิกรัมต่อมวน ปริมาณทาร์มาตรฐานสากลกำหนดไว้ คือ 15 มิลลิกรัมต่อมวน ส่วนบุหรี่ไทย ปริมาณทาร์อยู่ระหว่าง 25 - 34 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมาก

คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะการขาดออกซิเจน เกิดอาการมึนงง การตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ถ้ามีคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่สามารถทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมตอนต้น ซึ่งเป็นแนวป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่หายใจเข้าไป ทำให้ร่างกาย

หมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกจะเกาะติดตามหลอดเลือด ทำให้อักเสบเป็นแผล เกิดโรคหลอดเลือดอักเสบ มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก

ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดเลือดส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่และมีจำนวนน้อยลง เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่ง จะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ มีอาการเป็นเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหายและจะทรمانไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดกดปอดให้แฟบ จะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมาก และถ้าแพทย์ช่วยไม่ทัน อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และโรคถุงลมโป่งพองนี้มักเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง

แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก

สารกัมมันตภาพรังสี คิวบิบูรรมาร์ โพลีนีอัม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด และคิวบิบูรรมาร์ยังเป็นตัวการที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่ หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

ยาฆ่าแมลง เป็นสารตกค้างในใบยาสูบภายหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่างๆ ต่อร่างกายได้

1.2 อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของวัยรุ่น

1.2.1 ต่อตัวผู้สูบเอง

บุหรี่ 1 มวน จะให้ควันบุหรี่ในปริมาณเกือบ 1 ลิตร ซึ่งในควันบุหรี่จะมีสารเคมีต่างๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็ง เพราะฉะนั้นการสูบบุหรี่ก็คือ การดูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก บุหรี่ 1 มวนจะทำให้อายุสั้นลง 5 นาที 30 วินาที ทำให้ผู้สูบบุหรี่ก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ประมาณ 5 – 8 ปี และจากสถิติการตายพบว่า ผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าไม่สูบบุหรี่ถึง 30.83 และจากการศึกษาวิจัย พบว่าการสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ดังนี้ (ชูชาติ อริจิตรานุสรณ์, 2530: 87-91; ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2538: 6-29)

โรคมะเร็ง พบมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะของการสูบ และระยะเวลาที่สูบ สำหรับอาการบ่งชี้เฉพาะโรคในระยะแรกของมะเร็งปอดนั้นยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การวินิจฉัยของแพทย์ยุ่งยากมาก ส่วนมากจะพบในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษาได้ผลน้อย

หรือไม่ได้ผลเลย ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 15 ปีก็จะทำให้โอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบมะเร็งช่องปากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่ดื่มสุราเป็นประจำ ก็จะทำให้มีโอกาที่จะเป็นมะเร็งในช่องปากสูงขึ้นไปอีก ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ดื่มด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ดับอ่อน กระเพาะอาหาร ไต ซึ่งถ้ามีก็จะทำให้อัตราตายดังกล่าวลดลง

โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระในพลาสมาเพิ่มขึ้น การจับกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้นเป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า ซึ่งโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ขึ้นกับจำนวนของบุหรี่และระยะเวลาที่สูบ ยิ่งสูบบุหรี่นานเท่าไรก็จะยิ่งทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการโรคหัวใจ ยิ่งสูบบุหรี่มากขึ้นไปอีก ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่และกินยาคุมกำเนิดด้วย จะมีโอกาสตายด้วยโรคหัวใจมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ แต่ไม่กินยาคุมกำเนิดถึง 10 เท่า กรณีที่โรคหัวใจขาดเลือดและยังไม่เลิกสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขนขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง

โรคของระบบทางเดินหายใจ คำนวณบุหรี่จะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดการไอ หอบหืด อันตรายด้วยระบบทางเดินหายใจนี้พบในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพอง ถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดการไอ เสมหะมากในตอนเช้า ทำลายบุคลิกและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า โรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่และมีจำนวนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอ หอบ เหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมาณไปจนตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองในนั้นฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจนเกิดแฟบและทำให้เจ็บแน่นหน้าอก ถ้ามีการเลิกสูบบุหรี่ทำให้อาการไอเรื้อรังและการไอมีเสมหะลดน้อยลง ในผู้ที่เหนื่อยหอบจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะเลิกสูบบุหรี่อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่อายุน้อย หากเลิกสูบบุหรี่หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

โรกระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น คนที่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติและจะใช้เวลานานขึ้นในการที่จะเริ่มตั้งครรภ์ ในผู้ชายพบว่าจะมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

ผลต่อเหงือก และฟัน ผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคของเหงือก และฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลือง และผู้ที่สูบบุหรี่นานๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุร่อน

1.2.2 ต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่ นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย การรับควันบุหรี่เข้าไปโดยที่มิได้สูบบุหรี่ก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เรียกว่า การสูบบุหรี่มือที่สอง หทัย ชิดานนท์ (2533: 1-3) ได้กล่าวถึงควันบุหรี่ว่ามี 2 ประการ คือ “ควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปในปากแล้วพ่นออกมา ซึ่งเรียกว่า ควันแท้ หรือควันสายใหญ่ (mainstream smoke) อีกประการหนึ่ง คือ ควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายทวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ ซึ่งเรียกว่า ควันหลงหรือควันสายข้างเคียง (sidestream smoke)” สำหรับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียงมีดังนี้

กลุ่มเด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบในวัยทารกและในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี เพิ่มขึ้นและยังมีผลเสียต่อเนื่องในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อีกด้วย

กลุ่มสตรีมีครรภ์ สตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่จะประสบปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น น้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 เท่า

บุคคลทั่วไป ควันหลงมักก่อให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูกโดยเฉพาะผู้ที่มีการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบ ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2530 คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางด้านสุขภาพและการสูบบุหรี่ ประเทศอังกฤษได้ประกาศว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากห้องหรือสถานที่แออัดเต็มไปด้วยควันบุหรี่ มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดถึงร้อยละ 10 – 30

1.2.3 ผลกระทบของบุหรี่กับเศรษฐกิจ

ในแต่ละปีคนไทยสูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 30,000 ล้านมวน คิดเป็นมูลค่ามากกว่า 150,000 ล้านบาท และปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากบุหรี่ประมาณ 4.9 ล้านคนทั่วโลก (2547) ซึ่งบุหรือนอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยด้วยโรคต่างๆ แล้วการสูบบุหรี่ยังก่อความสูญเสียต่อ

เศรษฐกิจอย่างมหาศาลอีกด้วย โดยจากรายงานของธนาคารโลก พบว่า การสูบบุหรี่ก่อความสูญเสียต่อเศรษฐกิจทั่วโลก 200,000 ล้านดอลลาร์ หรือ 8 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังสูญเสียแรงงานจากความเจ็บป่วย การด้อยคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่สุขภาพเสื่อมโทรมเพราะพิษภัยของบุหรี่

1.2.4 ผลกระทบของบุหรี่ด้านสังคม

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ พบว่า ร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลต่อสังคมอย่างมาก

1.2.5 ผลกระทบของบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากบุหรี่จะทำให้บ้านเมืองสกปรกแล้ว ควันบุหรี่ยังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ นอกจากนี้บุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้ก่อความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งของตนเองและผู้อื่น

1.3 สาเหตุของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ได้แก่

1.3.1 ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็ยังให้การยอมรับ

1.3.2 ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร เช่นเดียวกับกับกล้องสันติภาพ – คัลดูเมตของอินเดียนแดง กรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุราในงานเลี้ยง

1.3.3 การเลียนแบบเด็กๆ มักเริ่มสูบบุหรี่ โดยเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อน บิดา มารดา ครู/อาจารย์ และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นยังถือว่าการสูบบุหรี่เป็นของดี เพราะจะทำให้ดูเป็นผู้ใหญ่ยิ่งขึ้น หรือเพียงเพื่อแสดงการต่อต้านคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ได้

1.3.4 ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉยๆ เกือเงิน หรือไม่รู้ว่าจะทำอะไรก็คว้าบุหรี่ขึ้นมาสูบตามความเคยชินพร้อมกับรู้สึกว่าได้ทำความสำเร็จอย่างสำคัญแล้ว การปฏิบัติเช่นนี้เป็นประจำทำให้เกิดการสะสมนิโคตินในเลือดจนเกิดการชินชา และต้องสูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อยๆ

1.3.5 การใช้ฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาหล่อมอารมณ์ ผู้ที่สูบบุหรี่จนเป็นนิสัยจะสะสมนิโคตินในเลือดไว้ระดับหนึ่ง ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการหล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขับถ่ายหรือมีอารมณ์โกรธ หรืออื่นๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้นิโคตินอยู่ในระดับเดิมต่อไป จากการทดลองฉีดนิโคตินเข้าหลอดเลือดในอัตรา 1 มิลลิกรัมต่อนบุหรี่

1 มวน พบว่า ทดแทนกันได้ จึงอาจเรียกผู้ติดบุหรี่ว่า “ผู้เสพติดนิโคติน” (Nicotin Addict) (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2536: 136-137)

1.4 บุหรี่กับสุขภาพจิตในวัยรุ่น

วัยรุ่น เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก นอกจากปัญหาที่อาจเกิดจากการพัฒนาตามวัยแล้ว วัยรุ่นยังต้องการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของสังคมรอบตัว จึงพบได้บ่อยๆ ว่าเมื่ออย่างเข้าสู่วัยนี้ เด็กอาจเริ่มมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และถ้าครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคมที่แวดล้อมตัวเด็กไม่เอื้อให้เด็กสามารถหาทางออกที่เหมาะสม หรือในทางตรงกันข้ามอาจเป็นตัวเร่งให้เด็กเลือกใช้การแก้ปัญหาที่มากขึ้น เช่น การหันไปพึ่งพาบุหรี่ (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2539: 42)

ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น

1. พฤติกรรมต่อต้าน ในช่วงวัยนี้มีพัฒนาการทางด้านจิตใจที่สำคัญสองประการ คือ การแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อที่จะค้นหว่าเขาอยากจะเป็นอะไร เขาชอบ ไม่ชอบอะไร เขามีความสามารถอะไร มีเป้าหมายในชีวิตเช่นไร บางครั้งการพยายามเป็นตัวของตัวเองไม่ต้องการฟังฟังผู้ใหญ่ ทำให้เด็กวัยรุ่นแสดงพฤติกรรมต่อต้านผู้ใหญ่ หรือผู้ที่พยายามจะใช้อำนาจที่เหนือกว่าให้เขาทำตามความต้องการ และหลายครั้งที่พบว่าเด็กต่อต้านไม่ใช่เพราะเขาไม่ต้องการทำอย่างนั้น แต่เพราะเขารู้สึกว่าตนเองถูกกำหนดให้ทำมากกว่าจะเป็นสิ่งที่เขาเป็นคนตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง ในหลายครอบครัวเกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยรุ่น เพราะเด็กเริ่มได้เถียง เริ่มมีเหตุผลของตัวเอง แต่ไม่พอใจที่เด็กไม่ยอมรับมองว่าคืออื่น พยายามใช้อำนาจเข้าจัดการแก้ไข ปัญหา อาจนำไปสู่พฤติกรรมต่อต้านที่รุนแรงขึ้น

1.1 ในเด็กที่มีแนวโน้มที่จะต่อต้านมาตั้งแต่ก่อนวัยรุ่น เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการต่อต้านมากขึ้น ไม่เชื่อฟัง ไม่นับถือ ทำให้เกิดความขัดแย้งมากยิ่งขึ้น เด็กเริ่มมองว่าตนเองเป็นเด็กไม่ดีในสายตาของผู้ใหญ่ เด็กอาจจะเริ่มหันเข้าหาบุหรี่ เพื่อเป็นการท้าทายหรือมองว่าตนเองคิดหรือทำอะไรไม่เคยดีเลย การสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ก็ไม่ช่วยให้ตัวเองดีขึ้น

1.2 ในเด็กที่ไม่กล้าแสดงออก ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งระหว่างการอยากเป็นตัวของตัวเองกับการยอมรับการฟังฟังต่อไป เด็กอาจจำยอมทำตามที่ถูกกำหนด จนกระทั่งไม่สามารถหาเอกลักษณ์ของตนเองได้ ทำให้ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถคิดตัดสินใจ เปรียบกับปัญหาตามลำพังได้ มีแนวโน้มถูกผู้อื่นชักจูงได้ง่าย ถ้าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี อาจถูกชักจูงให้ไปสู่อการสูบบุหรี่ได้

2. การติดเพื่อน วัยนี้เป็นวัยที่เริ่มสนใจกิจกรรมนอกครอบครัว เริ่มเข้ากลุ่มวัยเดียวกัน ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เนื่องจากการที่เด็กไม่ต้องการพึ่งพิงผู้ใหญ่ และกำลังค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง เด็กและเพื่อนอยู่ในช่วงของการพัฒนาการเช่นเดียวกัน เขาสามารถพูดคุยปรึกษาหารือ ทดสอบเอกลักษณ์ของตนเองกับกลุ่มเพื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รู้สึกเบื่อ และสนุกคล้ายกัน หรือสงสัยอยากรู้ อยากเห็น ไม่เข้าใจในบางเรื่องเหมือนกัน เด็กสามารถเรียนรู้และมีพัฒนาการทางสังคมได้จากกลุ่มเพื่อน รวมทั้งเพื่อนต่างเพศที่เริ่มเข้าสู่ความสนใจตามวัย พ่อแม่ส่วนมากรู้สึกห่วงและกังวลกับการคบเพื่อน พ่อแม่อาจรู้สึกสูญเสียความสำคัญที่ตนเคยมี กังวลว่าเพื่อนจะไม่ดี แต่จริงๆ แล้วพบว่า เพื่อนมีอิทธิพลในเรื่องทั่วไป เช่น เสื้อผ้า ทำทาง คนตรี ภาษา แต่ในเรื่องของค่านิยม จริยธรรมขึ้นกับพื้นฐานทางครอบครัว ถ้าความผูกพันในครอบครัวไม่ราบรื่น เด็กอาจจะหันไปรับเอาค่านิยมจากกลุ่มเพื่อนแทน รวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย

3. การอยากลอง จากการศึกษาวิจัยจำนวนมาก พบว่า สาเหตุสำคัญที่วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่เพราะอยากลอง วัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น ต้องมีประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ เนื่องมาจากกำลังค้นหาเอกลักษณ์ของตนเองดังกล่าว การควบคุมความต้องการของตนเองเป็นงานที่เด็กวัยรุ่นจะต้องฝึกฝนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม (สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, 2540: 13) ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กถูกควบคุมมากเกินไป และการที่เด็กไม่สามารถควบคุม หรือถูกปล่อยให้มีอิสระจนไร้ขอบเขต เด็กที่ถูกควบคุมมากเกินไปทำให้เด็กขาดประสบการณ์ ไม่เป็นตัวของตัวเองอาจถูกหลอกลวงได้ง่าย

4. อารมณ์แปรปรวน วัยนี้มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย และอิทธิพลของฮอร์โมนทำให้เกิดความตึงเครียดของอารมณ์ได้ง่าย และบางครั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ถ้าเด็กมีลักษณะการพัฒนาด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้อารมณ์แบบเด็ก ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อดทนต่อความคับข้องใจไม่ได้ ทำให้ปัญหาอารมณ์เด่นชัดมากขึ้น นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง และอาจหันไปสูบบุหรี่ เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ เครียด โดยที่เด็กไม่สามารถใช้ความอดทนในการแก้ไขปัญหานั้นทางที่ดีได้ การที่เด็กจะสามารถพัฒนาผ่านช่วงวัยรุ่นไปได้ด้วยดี ขึ้นอยู่กับพื้นฐานเดิมของเด็กแต่ละคน รวมทั้งครอบครัว โรงเรียน และสังคมที่อู่อรอบตัวเด็ก (ณัฐพงศ์ พุดหฺล้า, 2540: 29-30)

1.5 มาตรการทางกฎหมายกับการควบคุมยาสูบ

ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้ผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพออกมาใช้บังคับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนี้นับว่ามีความสำคัญอย่างมากในการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

จุดมุ่งหมาย เพื่อพิทักษ์สิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มิให้ตกอยู่ในภาวะของการรับสารพิษจากควันบุหรี่ของผู้อื่น โดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

สาระสำคัญ คือ

1. ให้สถานที่สาธารณะมีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดย
 - โดยจัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท
 - จัดให้เขตปลอดบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
 - จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท
2. ห้ามมิให้ ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

จุดมุ่งหมาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำต่างๆ ที่อุตสาหกรรมบุหรี่ยานำมาใช้ เพื่อเพิ่มยอดขาย เช่น การโฆษณา และการส่งเสริมการขายในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะมีผลให้การบริโภคยาสูบของประชาชนเพิ่มขึ้น

สาระสำคัญคือ

1. ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้ว่าผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
 2. ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย ผู้ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
 3. ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการ โดยการแจก แลก ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ แล้วแต่กรณี
- ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แลก ให้หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่นประกอบ

ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ

ข้อ 3.1 – 3.3 ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

4. ห้ามมิให้ผู้ใด แจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่หลาย หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้เสพผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ทั้งนี้ เว้นแต่เป็นการให้ตามประเพณีนิยม ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

5. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการ หรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ยกเว้นการถ่ายทอดสดรายการจากต่างประเทศ สิ่งพิมพ์ซึ่งจัดพิมพ์นอกราชอาณาจักร) ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

6. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

7. ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อขาย หรือเพื่อแจกเป็นการทั่วไป หรือโฆษณาสินค้าอื่นใดที่มีรูปลักษณะทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเภทยาหรืซิการ์เรต หรือนุหรืซิการ์ตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ หรือหีบห่อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

8. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายได้จะต้องมีส่วนประกอบตามมาตรฐานที่กำหนด กฎกระทรวงฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

9. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบก่อนที่จะนำออกจากแหล่งผลิตหรือก่อนที่จะนำเข้ามาในราชอาณาจักร ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

หมายเหตุ กฎหมายเริ่มประกาศใช้ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2535 เป็นต้นไป

1.6 การนับถือตนเอง

การนับถือตนเอง (Self Esteem) เป็นความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งประเมินจากตนเองและค่อนข้างเป็นจิตวิสัย (Subjective) มักพบว่าบุคคลที่นับถือตนเองในระดับต่ำ จะมีภาวะ

กดดัน หรือซึมเศร้า (Depress) และมีนักวิชาการบางคน เช่น โจนส์ และคณะ (Jones et al. cited in Alan O Ross, 1992: 10) ได้ใช้ตัววัดภาวะกดดันเป็นการวัดการนับถือตนเอง

คำถามที่มักใช้ในการวัดการนับถือตนเอง คือ “คุณรู้สึกอย่างไรต่อตนเอง” ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่าน เช่น คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1959, In Alan O Ross, 1992: 102) เอปสไตน์ (Epstein, 1973, In Alan O Ross, 1992: 1) ที่ถกเถียงกันว่า นับถือตนเอง เป็นองค์ประกอบที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific Component) หรือลักษณะทั่วไป (General Component) ซึ่งข้อสรุปดูเหมือนจะเป็นทั้งสองลักษณะ

องค์ประกอบของการนับถือตนเอง ประกอบด้วยค่านิยม ประวัติความเป็นมาของชีวิต และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง (Historical and Cultural relatively) ความสามารถ (Competence) ทักษะ และการบรรลุเป้าหมาย การให้ค่า (Worth) – ซึ่งมีทั้งมาตรฐานทางจริยธรรม และทางโลก, อำนาจ (Power) ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น และการยอมรับจากบุคคลอื่น (Acceptance) อัลัน โอ รอสส์ (Alan O Ross, 1992: 108-110)

โรเซนเบอร์ก (Rosenberge) ได้พัฒนาคำถามสำหรับการวัดการนับถือตนเองของนักเรียน โดยประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้ “ฉันพอใจในตนเอง, ฉันไม่ได้ดีไปเสียทั้งหมด, ฉันมีที่อยู่พอสมควร, ฉันรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีประโยชน์, ฉันมีคุณค่าและดีพอๆ กัน และฉันควรจะเคารพตนเองมากกว่านี้” โรเซนเบอร์ก (Rosenberg, et al In Marianne Hibbert, et.al, 1996: 50) และมารินฮิบเบิร์ตได้นำคำถามดังกล่าวไปวัดในนักเรียนเกรด 9 พบว่า เพศชายนับถือตนเองมากกว่าเพศหญิง แต่นักเรียนเกรด 11 พบว่า เพศหญิงนับถือตนเองมากกว่าเพศชาย

การสูบบุหรี่ เป็นปัญหาสำคัญของชาติที่จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขโดยรีบด่วน แต่การแก้ปัญหการสูบบุหรี่นั้นจะใช้วิธีการป้องกัน ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ก่อนปัญหาจะเกิดขึ้น ถึงแม้ว่า การดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่ ไม่สามารถจะเห็นผลสำเร็จได้ในทันทีทันใด แต่ทว่า จะก่อให้เกิดผลในระยะยาว และเป็นการป้องกันบุคคลที่บริสุทธิ์ให้พ้นจากพิษภัยของบุหรี่ จึงนับเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเป็นประการสำคัญ ในการที่จะจัดปัญหาการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียนนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่จะต้องให้ความเอาใจใส่ และดำเนินการป้องกันแก้ไขโดยเร่งด่วน สืบเนื่องจากเยาวชนในโรงเรียนเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติที่ไม่ควรที่จะสูญเสียไปเนื่องด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และเยาวชนในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะรับคำแนะนำ และรับรู้ในสิ่งที่ถูกที่ควรเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การสกัดกั้นการแพร่ระบาดของบุหรี่ในโรงเรียน จึงสามารถที่จะทำได้โดยวิธีการป้องกัน

ส่วนที่ 2 แนวคิดและสถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting School)

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, 2541: 3) เป็นสถานที่ซึ่งทุกคนในโรงเรียน ร่วมกันในการจัดโครงสร้างและประสบการณ์ผสมผสานเชิงบวกเพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ ของนักเรียน ซึ่งกิจกรรมนี้ประกอบด้วยการเรียนรู้เรื่องสุขภาพทั้งในและนอกหลักสูตร การจัด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ การจัดให้มีบริการสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

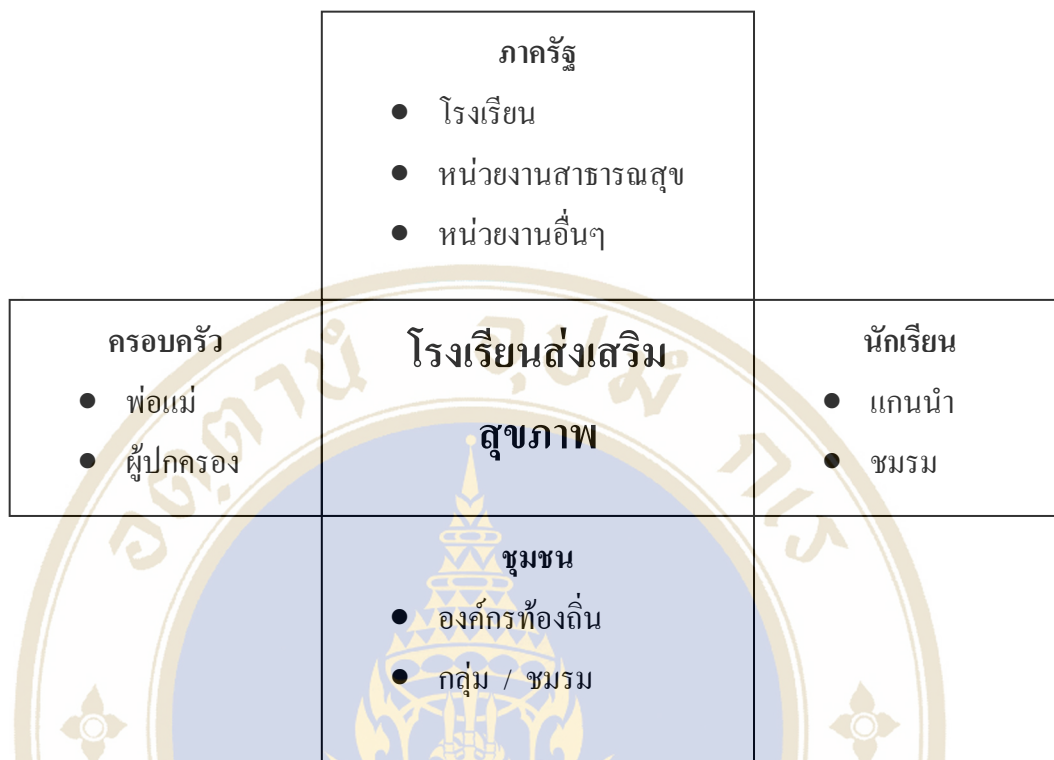
แนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นแนวคิดระดับนานาชาติ มีประเทศต่างๆ ทั่วโลก ร่วมกันจัดทำแผนงาน เพื่อสนับสนุนการทำงานของโรงเรียนและชุมชน ให้เกิดการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนที่ดีขึ้น แนวคิดนี้เป็นส่วนเสริมแผนงานริเริ่มขององค์การอนามัยโลก ด้านอนามัยโรงเรียน (WHO School Health Initiative) และผลักดันให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาในโรงเรียนที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จะต้องจัดตั้งขึ้นในวิถีทางที่มั่นใจว่าจะเกิด การเปลี่ยนแปลงในทางบวกที่ยั่งยืน โดยอนาคตของโรงเรียนไม่ควรขึ้นอยู่กับความคิดเห็นหรือ ความรับผิดชอบของผู้บริหารเพียงไม่กี่คน ดังนั้นวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ การจัดทำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ โครงสร้าง และการดำเนินงาน การพัฒนาโดยส่วนหนึ่งของการดำเนินกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน

ซึ่งแนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่กว้างขวางและครอบคลุมด้านสุขภาพ อนามัยในทุกแง่มุมของชีวิตทั้งโรงเรียนและชุมชน นั่นคือ ความร่วมมือกัน ผลักดันให้โรงเรียนใช้ ศักยภาพทั้งหมดที่มีอยู่ เพื่อพัฒนาสุขภาพของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ตลอดจนครอบครัวและ ชุมชนให้สามารถ

- นำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
- ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและผู้อื่น
- ตัดสินใจและควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า แนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดโอกาสในการพัฒนานโยบาย ระเบียบ และ โครงสร้างการส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่องทั้งที่โรงเรียน และชุมชนสามารถดำเนินการร่วมกัน การทำงาน เป็นทีมโดยมีผู้นำที่เข้มแข็ง ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตกลงกันในเป้าหมายต่างๆ ภายใต้การผสมผสานแนวคิดของการพัฒนาด้านการศึกษาและสุขภาพ ดังแผนภูมิด้านล่าง



แผนภูมิที่ 1 แนวคิดของการพัฒนาด้านการศึกษาและสุขภาพ

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 9

โดยแนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ได้แก่

1. การนำรูปแบบของสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. การเชิญชวนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะ และความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลานของตน
3. การกล่าวถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียน เช่น อาคาร สุขาภิบาล น้ำสะอาด สนามเด็กเล่น เป็นต้น
4. การให้ความสำคัญกับสภาพสังคมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ที่ดี และภาวะอารมณ์ที่ดีของเด็กนักเรียน
5. การเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงเรียน เพื่อดำเนินการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง (เช่น การตรวจพยาธิ โรคติดเชื้อ การทดสอบสายตา และความเครียด)
6. การเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่สำหรับการเรียนในหลักสูตร เพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

7. การทำให้เกิดความเสมอภาคทางเพศในด้านการศึกษาและสุขภาพ ด้วยการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของสตรี
8. ให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีแก่ครู
9. ทำให้ทางโรงเรียนและชุมชนได้ร่วมกันทำงานเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของนักเรียน ครอบครัวและสมาชิกในชุมชน

องค์การอนามัยโลก (ลักขณา เตมศิริกุลชัย, 2541: 5) ได้มีการประชุมเพื่อพัฒนาองค์ประกอบและประเด็นการตรวจสอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 6 ประเด็น คือ

- 1) นโยบายด้านสุขภาพของโรงเรียน
- 2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม
- 4) ความสัมพันธ์ของโรงเรียนกับชุมชน
- 5) ทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ
- 6) บริการสุขภาพในโรงเรียน

โดยแต่ละองค์ประกอบมีประเด็นในการตรวจสอบที่เป็นรายละเอียดปลีกย่อยอีกมากมาย ดังนี้

1. นโยบายด้านสุขภาพของโรงเรียน

นโยบายด้านสุขภาพของโรงเรียน เป็นทิศทางที่ประกาศใช้อย่างชัดเจนและครอบคลุมทั้งโรงเรียน ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานต่างๆ ในโรงเรียน รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนหลายแห่งอาจจะมีนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ อยู่แล้วในหลายประเด็น แต่ด้านนโยบายดังกล่าวยังไม่ผลในทางปฏิบัติ โรงเรียนก็ควรหาวิธีการผลักดันให้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
P1. โรงเรียนมีนโยบายเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ	- โรงเรียนจัดหาอาหารท้องถิ่นที่เป็นประโยชน์ต่อนักเรียน - ครูเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (healthy food) ในโรงเรียน - จัดให้มีอาหารเพื่อสุขภาพในวันที่มีกิจกรรมพิเศษเช่น วันกีฬา เป็นต้น
P2. โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่และห้ามดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดทุกชนิด	- โรงเรียนจัดทำกลยุทธ์สู่โรงเรียนปลอดบุหรี่อย่างเป็นขั้นตอน กำหนดวันที่จะทำให้โรงเรียนปลอดบุหรี่โดยสิ้นเชิง ใช้นโยบายนี้กับทุกคนในโรงเรียนและผู้มาเยือน - โรงเรียนจัดเตรียมแผนปฏิบัติการเพื่อจัดการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดทุกชนิดในทุกกิจกรรมของโรงเรียน
P3. โรงเรียนสนับสนุนความเสมอภาค โดยให้นักเรียนหญิงและชายสามารถใช้ทรัพยากรต่างๆ ในโรงเรียนอย่างเท่าเทียมกัน	- โรงเรียนทบทวนการดำเนินงานและธรรมเนียมปฏิบัติต่างๆ ที่มีอยู่ว่ามีความเสมอภาคทางเพศหรือไม่ เช่น การใช้สนามกีฬา อุปกรณ์กีฬา การให้เวลาของครูแก่นักเรียนและทรัพยากรอื่นๆ รวมทั้งดำเนินการแก้ไขหากพบความไม่เสมอภาค
P4. โรงเรียนมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นทางการในการจ่ายยาให้แก่นักเรียน	- มีการบันทึกการจ่ายยาทุกชนิดแก่นักเรียนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นให้คำแนะนำในเรื่องการเก็บยาและการจ่ายยาที่เหมาะสม
P5. โรงเรียนมีนโยบายและแผนงานการปฐมพยาบาล	- มีชุดปฐมพยาบาลที่เพียงพอสำหรับประชากรในโรงเรียน - มีครูจำนวนหนึ่งที่ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาล - มีการอบรมปฐมพยาบาลแก่นักเรียน

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
	- มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติสำหรับกรณีฉุกเฉินที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องส่งต่อนักเรียน/ครูไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้เคียง
P6. โรงเรียนมีนโยบายควบคุมโรคหนองพวยและปาราสิต (เฉพาะโรงเรียนที่มีปัญหา)	- มีการสอนนักเรียนให้มีความรู้ในการป้องกันโรคจากหนองพวยและปาราสิต
P7. โรงเรียนมีนโยบายการป้องกันผิวหนังจากแสงแดด (เฉพาะโรงเรียนที่มีปัญหา)	- ห้ามนักเรียนเล่นกลางแจ้งโดยไม่สวมเสื้อหรือไม่มีการป้องกันอันตรายจากแสงแดด - ครูเป็นแบบอย่างในการป้องกันอันตรายจากแสงแดด
P8. โรงเรียนมีนโยบายในการตรวจร่างกาย	- นักเรียนได้รับการตรวจร่างกายเป็นประจำตามแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และในสิ่งที่คุ้มค่า
P9. โรงเรียนมีนโยบายเกี่ยวกับการปิดโรงเรียนในกรณีฉุกเฉิน หรือมีเหตุการณ์ซึ่งจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียน	- นักเรียนไม่ต้องมาโรงเรียน ถ้าขาดน้ำดื่ม น้ำใช้อย่างต่อเนื่อง มีการระบาดของโรคติดต่อ มีอากาศที่ร้อนหรือหนาวมาก โดยที่โรงเรียนไม่สามารถปกป้องนักเรียนได้อย่างเหมาะสม หรือโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าระบบสุขภาพของโรงเรียนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
P10. โรงเรียนมีแผนความปลอดภัยรองรับภัยธรรมชาติหรืออุบัติเหตุอื่นๆ	- โรงเรียนมีแผนการอพยพสำหรับเหตุไฟไหม้ โดยมีการฝึกซ้อมนักเรียนตามแผนดังกล่าว - โรงเรียนมีแผนฉุกเฉินสำหรับอุบัติเหตุอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในแต่ละท้องที่ เช่น น้ำท่วม ใต้ฝุ่น การถูกโจมตีจากผู้ก่อเหตุร้าย เป็นต้น
P11. โรงเรียนมีนโยบายการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์	- มีเอกสารระเบียบปฏิบัติและอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV เช่น กรณีที่ต้องสัมผัสกับเลือด - ครูและบุคลากรในโรงเรียนได้รับการฝึกอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน หมายถึง อาคาร สนาม เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งพื้นที่รอบๆ โรงเรียน สุขาภิบาล และน้ำสะอาด

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
PE1. โรงเรียนจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	- โรงเรียนใช้หลักความปลอดภัยในการเลือกสรรเครื่องเล่นหรืออุปกรณ์การกีฬา และมีคู่มือการใช้อุปกรณ์กีฬาติดไว้ให้นักเรียนได้อ่านตามความเหมาะสม - โรงเรียนตรวจสอบความปลอดภัยของอาคาร ต้นไม้และเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ เป็นระยะ - โรงเรียนร่วมมือกับชุมชนลดอันตรายจากการจราจรในบริเวณใกล้เคียง เช่น ใช้มาตรการลดความเร็วของยานพาหนะ - โรงเรียนดำเนินการเพื่อป้องกันมิให้คนแปลกหน้าเข้ามาในบริเวณโรงเรียน
PE2. มีสุขาภิบาลที่ถูกหลักอนามัยมีน้ำดื่ม น้ำใช้เพียงพอ	- มีห้องส้วมเพียงพอสำหรับนักเรียนทั้งชายและหญิง - มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้อย่างพอเพียง
PE3. โรงเรียนสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดสมดุลของสิ่งแวดล้อม	- นำสิ่งของที่ไมใช้แล้วมาหมุนเวียนใช้ใหม่ (recycle) เช่น กระดาษ แก้ว อะลูมิเนียม เป็นต้น - ไม่สนับสนุนให้ใช้ภาชนะพลาสติก ซึ่งใช้แล้วทิ้ง
PE4. กระตุ้นให้นักเรียนดูแลสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในโรงเรียน	- โรงเรียนมีระบบการกำจัดขยะที่เหมาะสมและพอเพียง - นักเรียนมีส่วนร่วมในการรักษาความสะอาดในโรงเรียน - นักเรียนมีส่วนร่วมในการทำให้โรงเรียนมีความสวยงาม เช่น การทาสีโรงเรียน การปลูกต้นไม้ในโรงเรียน เป็นต้น

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
PE5. โรงเรียนสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกื้อหนุนการเรียนรู้	- มีการระบายอากาศเพียงพอในทุกพื้นที่ซึ่งมีนักเรียน - มีแสงเพียงพอต่อการมองเห็น - มีอุณหภูมิที่เหมาะสมในห้องเรียน ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป - มีการดูแลให้มีเสียงรบกวนในโรงเรียน - โรงเรียนควรพิจารณาว่าบรรทัดฐานข้อใดบ้างแล้ว และปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาทางบรรทัดฐานที่เหลือ

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน

สิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงเรียน เกิดจากความสัมพันธ์ที่ีระหว่างทุกคนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นครู นักเรียน ผู้ปกครอง ครูอาวุโส เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทางการศึกษา ตลอดจนบุคคลในชุมชน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างทางด้านเจตคติและค่านิยมที่ดีสำหรับทุกคนในโรงเรียนด้วยพฤติกรรมทางสังคมที่แสดงออกมา

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
SE1. ปรัชญาของโรงเรียนเกื้อหนุนต่อสุขภาพจิตและความต้องการทางสังคมของนักเรียนและครู	- ครูเคารพความเป็นคนของนักเรียน ไม่ใช้การลงโทษอย่างเกรี้ยวกราด - นักเรียนมีโอกาสร่วมในการตัดสินใจของโรงเรียน - นักเรียนมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นในกระบวนการเรียนการสอน
SE2. โรงเรียนสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อบอุ่น เชื่อมแน่นและเป็นมิตร เอื้อต่อการมีส่วนร่วมและตั้งใจเรียน	- โรงเรียนบริหารจัดการใช้ความรุนแรงด้วยการกระทำและวาจา ทั้งระหว่างนักเรียนด้วยกัน และระหว่างครูกับนักเรียน

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
SE3. โรงเรียนให้การช่วยเหลือและสนับสนุนนักเรียนที่ด้อยโอกาสอย่างเหมาะสม	- โรงเรียนและหน่วยงานด้านการศึกษาระดับมหัณักเรียนบางคนมีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โรงเรียนจัดสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ช่วยการเรียนรู้หรือโปรแกรมการศึกษาพิเศษที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนเหล่านี้
SE4. โรงเรียนสร้างบรรยากาศให้นักเรียนรู้สึกว่าคุณค่าและได้รับการยอมรับ	- โรงเรียนจัดให้มีโอกาสเฉลิมฉลองในงานประเพณีต่างๆ พิธีกรรมทางศาสนาและความหลากหลายของคนต่างเชื้อชาติ โดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น อาหารประจำชาติ เครื่องแต่งกาย การละเล่น การเดินร่า งานฝีมือ การแสดง งานรื่นเริงและนิทรรศการ เป็นต้น
SE5. โรงเรียนใส่ใจต่อความจำเป็นที่จะให้การศึกษแก่ผู้ปกครองในเรื่องที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของนักเรียน	- ในกรณีที่จำเป็น โรงเรียนจัดการศึกษาสำหรับผู้ปกครอง เช่น การรู้หนังสือ ทักษะในการเลี้ยงดูลูกความรู้เกี่ยวกับพยาธิ เป็นต้น

4. ความสัมพันธ์กับชุมชน

ความสัมพันธ์กับชุมชน เป็นความเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับครอบครัวของนักเรียนและผู้นำชุมชน ซึ่งให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ สถานที่ที่ผู้ปกครองสามารถให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
CI. เปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน	- ครอบครัวของนักเรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในโรงเรียน เช่น นโยบายอาหาร การจัดสวน การออกกำลังกาย เป็นต้น - มีหลักสูตรที่มีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งทำให้นักเรียนได้ร่วมงานกับครอบครัวของตน

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
C2. โรงเรียนจัดกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับชุมชนท้องถิ่น	- หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน และกลุ่มคนที่สนใจสุขภาพของเด็ก เยาวชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียน - นักเรียนและครูมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น งานประเพณีต่างๆ กีฬา และงานเฉลิมฉลองต่างๆ - โรงเรียนแจ้งให้ชุมชนทราบถึงโครงการสุขภาพที่จะดำเนินการ เช่น ผ่านสื่อท้องถิ่น การประชุมพิเศษของโรงเรียน การจัดนิทรรศการของนักเรียนในชุมชน

5. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ คือการจัดหลักสูตรทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการเพื่อให้ได้รับความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ และทักษะในเรื่องสุขภาพ เป็นผลให้นักเรียนมีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
PS1. หลักสูตรด้านสุขภาพมีลักษณะที่สอดคล้องและเป็นองค์รวม	- หลักสูตรด้านสุขภาพน่าสนใจ น่าศึกษาและเหมาะสมกับนักเรียน - เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียนในการเรียนการสอน - เนื้อหาหลักสูตรสะท้อนปัญหาสุขภาพในชุมชนและนักเรียนสามารถนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการดูแลสุขภาพประจำวันของตนเอง - หลักสูตรทำให้นักเรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม - จัดเวลาสำหรับการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอย่างเพียงพอในแต่ละสัปดาห์

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
PS2. หลักสูตรทำให้นักเรียนเข้าใจทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้	- นักเรียนได้รับความเข้าใจพื้นฐานซึ่งสอดคล้องกับวัยและวัฒนธรรม ในเรื่องอาหาร การป้องกันโรค สุขอนามัย การออกกำลังกาย ความปลอดภัย สุขภาพจิต เพศศึกษา (รวมทั้งโรคเอดส์) บุหรี่และยาเสพติด ทนต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - นักเรียนมีโอกาสได้รับทักษะเฉพาะด้าน เช่น ทักษะการปฏิเสธบุหรี่และยาเสพติด การรักษาความสะอาดในช่องปาก (เช่น ทักษะการแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันเป็นต้น) - นักเรียนได้รับการฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหาการตัดสินใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การจัดการกับอารมณ์และความเครียดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความคิดสร้างสรรค์ ทักษะเหล่านี้จะทำให้นักเรียนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพ
PS3. ครูได้รับการเตรียมการอย่างเพียงพอเพื่อเป็นแบบอย่างหลักในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	- มีโปรแกรมการอบรมก่อนและระหว่างการทำงานให้แก่ครูในโรงเรียน เช่น การอบรมระยะสั้น หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งช่วยฟื้นฟูความรู้และทำให้ความรู้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ - ครูได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการมีและการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง
PS4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) อื่นๆ มีโอกาสที่จะได้รับทักษะที่เกี่ยวข้อง	- มีการอบรมให้ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา และสมาชิกในชุมชน รวมทั้งมีโปรแกรมพัฒนาเฉพาะสาขาสำหรับครูในโรงเรียน

6. การบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพ เป็นการบริการในพื้นที่ในด้านสุขอนามัยและการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ด้วยการให้บริการโดยตรงและการร่วมมือกับโรงเรียน

องค์ประกอบ	ประเด็นการตรวจสอบ
HS1. มีการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของท้องถิ่นและประเทศ ให้แก่นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน	- โรงเรียนจัดให้มีบริการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักเรียน - มีบริการตรวจร่างกายทั่วไปที่เหมาะสมแก่นักเรียน เช่น การตรวจสายตา การตรวจการได้ยิน - มีบริการพื้นฐานที่เหมาะสมแก่นักเรียน เช่น การตรวจ ช่องปากประจำปี การอุดฟัน การรักษาฟัน - มีบันทึกสุขภาพของนักเรียน - บริการให้คำคำปรึกษาและให้กำลังใจแก่นักเรียนที่มีปัญหาทางสังคมและอารมณ์ รวมทั้งปัญหาการใช้ยา
HS2. หน่วยการบริการสุขภาพในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในแผนงานสุขภาพของโรงเรียน	- มีการปรึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับครูเกี่ยวกับรูปแบบและการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพในโรงเรียน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยสอนเรื่องสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้อง - หน่วยบริการสุขภาพเสนอตัวสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน - หน่วยบริการสุขภาพในท้องถิ่นสนับสนุนการรณรงค์ด้านสุขภาพของโรงเรียน
HS3. หน่วยบริการสุขภาพมีส่วนร่วมในการอบรมครู	- หน่วยบริการสุขภาพจัดโปรแกรมการอบรมแก่ครูในหัวข้อที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของนักเรียน เช่น การควบคุมโรคพยาธิ การปฐมพยาบาล เป็นต้น

ทั้งนี้ ประเทศที่จะนำเอาร่องประกอบเหล่านี้ไปใช้ จะต้องดัดแปลงองค์ประกอบเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของแต่ละพื้นที่ และนอกจากนี้อาจมีประเด็นการตรวจสอบที่แตกต่างจากที่กำหนดนี้ก็เป็นได้ โดยต่อมาประเทศไทยได้พัฒนาองค์ประกอบและประเด็นการตรวจสอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้เข้ากับสภาพการณ์ภายในประเทศ

สถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ความเป็นมาของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย เริ่มมาจากรอบแนวคิดเรื่องการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในโรงเรียน โดยเริ่มมาตั้งแต่ปฏิญญาอัลมาตา เมื่อปี 1978 ซึ่งกล่าวว่า โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะสอนให้เด็กรู้ว่าการมีสุขภาพที่ดีเป็นอย่างไร และจะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยได้อย่างไร และจากนั้นในปี 1992 ได้มีการประชุม WHO Global Consultation on School Health Education เพื่อทบทวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน และได้เสนอแนะวิธีการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในโรงเรียนแบบครบถ้วน เพื่อให้ประเทศต่างๆ นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ และหลังจากนั้นประเทศต่างๆ ก็ได้ดำเนินการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในโรงเรียนมาเป็นลำดับ และเมื่อปี 1995 คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในโรงเรียน ภายใต้แนวคิดที่ว่าทุกโรงเรียนสามารถเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพได้ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน จึงได้เสนอแนะกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขึ้น ดังนั้นโรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับการสอนสุขศึกษา ซึ่งนอกจากนักเรียนจะได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแล้ว ยังได้รับการฝึกทักษะในการเลือก การตัดสินใจ และการปฏิบัติในแนวทางที่ถูกต้อง และเอื้อต่อสุขภาพของตนเอง รวมทั้งยังมีผลกระทบไปถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชนอีกด้วย และในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2540 องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุม Intercountry Consultation on Health Promoting Schools ขึ้นในประเทศไทย โดยได้ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการจัดตั้งเครือข่ายทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาคด้วย

การส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นวิถีทางที่มีประสิทธิผลที่สุดที่จะปรับปรุงชีวิตของเด็กให้ดีขึ้น ซึ่งมีข้อดีดังนี้

1. มีการดำเนินงานแบบองค์รวมทางสุขภาพ ที่รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะและความรู้ทางสุขภาพของเด็กนักเรียน
3. ให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพนักเรียน

4. ให้ความสำคัญต่อบทบาททางสังคมของโรงเรียน ในการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ทางบวกเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของนักเรียน

5. เชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น และระดับเขตในการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียน เช่น โรคพยาธิ ภาวะสายตา และการไฉยัน มาลาเรีย ความเครียด เป็นต้น

6. ส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งตามหลักสูตรการเรียนการสอน ในการพัฒนาทักษะและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

7. ยกย่องความเท่าเทียมกันในด้านการศึกษาและสุขภาพ

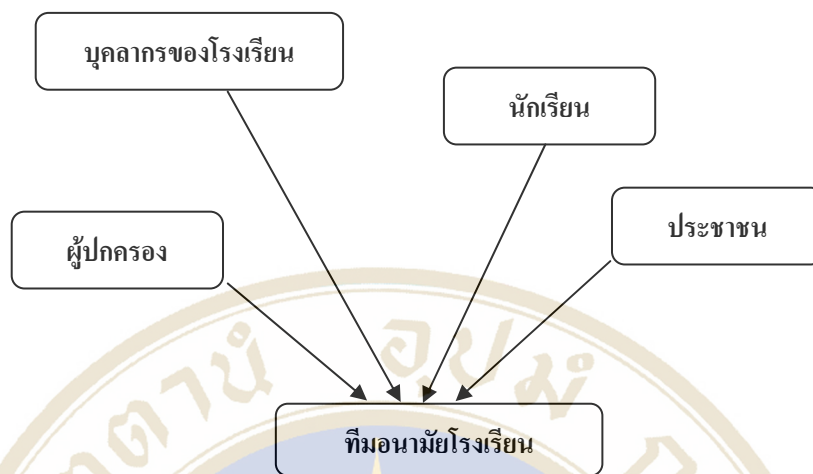
8. สนับสนุน ให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ในการทำงานของบุคลากรในโรงเรียน

9. สนับสนุน ให้โรงเรียน และชุมชน ร่วมมือกันริเริ่มงานสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ครอบครัว และชุมชน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะเอื้อให้นักเรียนและบุคลากรต่างๆ ในโรงเรียน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้ สามารถตัดสินใจและเลือกวิถีที่ถูกต้องภายใต้สิ่งแวดล้อมต่างๆ และยังสามารถส่งเสริมให้สังคมและชุมชนสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอนามัยของส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้โดยอาศัยองค์กรที่มีศักยภาพ มีแนวคิดร่วมกันและความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนนั้นๆ โดยโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีหน้าที่ ดังนี้คือ

1. พัฒนาสุขภาพอนามัยของบุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และสมาชิกชุมชน
2. ส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการเรียนรู้ โดยใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้ขอบเขตการบริหารจัดการ
3. ประสานการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการศึกษา ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และสมาชิกชุมชนเพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ
4. จัดให้โรงเรียนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จัดการเรียนการสอน สุขศึกษา และการให้บริการ มีโครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงเรียน การให้คำปรึกษาและการส่งเสริมสุขภาพจิต
5. กำหนดนโยบายและกฎระเบียบที่สร้างเสริมความเชื่อมั่นของทุกฝ่าย ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยทุกคนในชุมชนสามารถเป็นทีมอนามัยของโรงเรียนได้ เนื่องจากทุกคนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภูมิข้างล่าง ซึ่งการสร้างทีมอนามัยโรงเรียน จะช่วยให้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



แผนภูมิที่ 2 การสร้างทีมงานอนามัยโรงเรียน

การดำเนินงานเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะต้องได้รับความเห็นชอบและร่วมกันเป็นเจ้าของของบุคลากรทุกคนในโรงเรียน มิได้เป็นของคนใดคนหนึ่ง นโยบายแรกของโรงเรียน คือ การที่โรงเรียนนั้นรับและเห็นชอบที่โรงเรียนของตนจะเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและมีการดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรของโรงเรียน บุคลากรทุกคนในโรงเรียนและนักเรียนรวมทั้งผู้ปกครองและประชาชนจะร่วมด้วยช่วยกันดำเนินการและทำงาน เพื่อให้โรงเรียนของตนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โดยทีมงานอนามัยโรงเรียนมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ชักชวน ชี้แจง ให้เกิดการสนับสนุนทางการเมือง
2. ชักชวน ชี้แจง เพื่อระดมการสนับสนุนจาก
 - ผู้ปกครอง
 - สมาชิก/กลุ่ม ในชุมชน
 - องค์กรด้านสาธารณสุข การศึกษา และการพัฒนา
 - กระทรวงต่างๆ องค์กรเอกชน องค์กรสนับสนุนและองค์กรทางกฎหมาย
3. ชักชวน ชี้แจง เพื่อให้เกิดการยอมรับของชุมชน
 - ให้ชุมชนรับรู้และตระหนักในความสำคัญของปัญหา
 - ผนวกการดำเนินงานเข้ากับ โครงการต่างๆ ของชุมชน
 - เร่งเร้าความสนใจจากสื่อมวลชน

4. ชักชวน ชี้แจง เพื่อให้เกิดการยอมรับของชุมชน

- ให้สภา/องค์กร คณะกรรมการบริหาร โรงเรียน และกลุ่มอื่นๆ มีส่วนร่วมในโครงการ
- จัดสรรทรัพยากรในท้องถิ่น สนับสนุนโครงการ

5. ชักชวน ชี้แจง ให้บุคลากร ข้าราชการ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น อำเภอ จนถึงระดับประเทศ ให้ดำเนินการดังนี้

- มอบให้ผู้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ ดูแลในเรื่องต่างๆ
- สนับสนุนเครื่องมือทางวิชาการ
- กำหนดบทบาทที่ชัดเจน
- ให้สาธารณชนรับรู้ปัญหาและความเป็นไปได้ที่จะแก้ปัญหาโดยมีโรงเรียนเป็นแกนนำ

6. ระดมทรัพยากรเพื่อดำเนินโครงการต่างๆ โดยสร้างให้เกิดการยอมรับ และสนับสนุนทางการเมือง

7. สร้างพันธมิตร เพื่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- ความสำเร็จของโครงการอนามัยโรงเรียนในระดับโลกขึ้นอยู่กับความสามารถในการก่อตั้งกลุ่มพันธมิตร ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ
- สนับสนุนให้หน่วยงานที่สนใจต่างๆ มีส่วนร่วมในการพัฒนาทั่วโลกเพื่อสร้างเสริมความร่วมมือในเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

จากการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของกรมอนามัยเป็นการพัฒนาสุขภาพของนักเรียนเป็นเบื้องต้น และขยายผลไปสู่บุคลากรกลุ่มอื่นๆ โดยนำรูปแบบของสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะ และความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลาน สร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียน เช่น อาคาร สุขาภิบาล อาหาร น้ำสะอาด สนามเด็กเล่น เป็นต้น และให้ความสำคัญกับสภาพสังคมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ที่ดีและสภาวะอารมณ์ที่ดีของเด็กนักเรียน อีกทั้งยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงเรียนและชุมชน เพื่อดำเนินการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหา เช่น เรื่องหา เรื่องความสะอาดของร่างกาย เน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่สำหรับการเรียนในหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีสำหรับครู และการเรียนรู้ของนักเรียน ทำให้โรงเรียนและชุมชนได้ร่วมกันทำประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน นักเรียน ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

ในประเทศไทย ได้รับแนวคิดของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่เนื่องจากการดำเนินงานต้องมีการประสานงานกันตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับผู้บริหารทั้งของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย ตลอดจนกระทรวงอื่นๆ และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงแต่งตั้งคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติขึ้น พร้อมทั้งได้ประชุมระดมความคิดในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในปี 2541 ซึ่งมีมติร่วมกันที่จะพัฒนาโรงเรียนทุกแห่งให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย, 2542: 9) และได้ให้แนวทางในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ (กรมอนามัย, 2543: 3) ดังนี้

1. นโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน (School Policies)

จากการที่จะพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้นั้น โรงเรียนจำเป็นต้องกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ชัดเจน เช่น นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพและการเรียนรู้ ทำให้เกิดโครงการร่วมนุรักษ์ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม โครงการกำจัดขยะ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ทำให้เกิดโครงการออกกำลังกายในโรงเรียน เป็นต้น

2. การบริหารจัดการในโรงเรียน (School Management Practices)

การดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายโรงเรียน จำเป็นต้องจัดระบบบริหารที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งกำหนดบทบาทภารกิจและขั้นตอนการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มบุคคล การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรของโรงเรียนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาบุคลากรของโรงเรียน

3. โครงการร่วระหว่างโรงเรียนและชุมชน (School/Community Project)

จากความหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งขยายผลจากโรงเรียนสู่บ้านและชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชนเพื่อประโยชน์ของการขยายผลต่อไป

4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy School Environment)

สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะในโรงเรียนยังเอื้อประโยชน์ในการเรียนรู้ที่ดีด้วย

5. การให้บริการอนามัยโรงเรียน (School Health Services)

การบริการอนามัยโรงเรียนเป็นงานที่อยู่ควบคู่กับโรงเรียนมานานแล้ว และยังมีความจำเป็นอยู่และช่วยดูแลสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ การตรวจ

สุขภาพและยังสามารถเฝ้าระวังในการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคในช่องปากโดยให้มีการแปรงฟันหลังอาหาร

6. สุขศึกษาในโรงเรียน (School Health Education)

การจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งในและนอกหลักสูตร จะเป็นการสร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมที่ถูกต้องให้กับนักเรียนเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของนักเรียน โดยสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นต่อไปในอนาคตได้

7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย (Nutrition/Food Safety)

โภชนาการและอาหารที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเจริญเติบโตของเด็ก และเป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงร่างกายของผู้ใหญ่ แต่ได้รับประทานอาหารที่ไม่ดีไม่มีประโยชน์ โภชนาการไม่ถูกต้องตามหลักสุขภาพ อาหารไม่สะอาด ก็สามารถเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ เช่น อูจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ โรคกระเพาะ การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโภชนาการ การดำเนินงานสุขภาพอาหารในโรงเรียนจะเป็นการเริ่มต้นการสร้างสุขนิสัยที่ดีในการบริโภคต่อไปในอนาคต

8. การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ (Physical Exercise, Sport, Recreation)

การส่งเสริมการออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ ถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับตนเองและหมู่คณะ เสริมสร้างความสามัคคี อีกทั้งยังใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ สามารถลดปัญหาสังคมได้บางอย่าง เช่น การมั่วสุมยาเสพติด ลดความตึงเครียดและปัญหาสุขภาพจิต มีกิจกรรมผ่อนคลาย โดยอาศัยโรงเรียนเป็นศูนย์กลางแล้วขยายผลสู่ชุมชน

9. การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม (Consulting/Social Support)

การจัดบริการปรึกษาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเริ่มตั้งต้นที่โรงเรียน โดยถือว่าโรงเรียนมีคณะครูผู้มีความรู้พอที่จะให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพเบื้องต้นที่ใกล้ที่สุด สามารถชี้แนะทางและขอการสนับสนุนทางสังคมในสถานที่ต่างๆ ในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเกินความสามารถที่คณะครูจะแก้ไขปัญหา เช่น จากสถานีนามัย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือจังหวัด เป็นต้น

10. การส่งเสริมบุคลากรในโรงเรียน (Health Promotion For Staff)

การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน เป็นสิ่งที่ต้องสร้างให้แต่ละคนตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในโรงเรียน การเผยแพร่ข่าวสารสุขภาพแก่บุคลากรเพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 10 ประการ สามารถประมวลเป็นแนวความคิดได้เป็น 2 ส่วน โดยส่วนหนึ่งเป็นองค์ประกอบด้านบริหารที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน และนโยบายของโรงเรียน ซึ่งทั้ง 3 ประการเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่จะเสริมบทบาทของโรงเรียนและชุมชน ในการผลักดันให้องค์ประกอบเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหลืออีก 7 ประการดำเนินไปได้ ในระยะแรกแต่ละโรงเรียนอาจเลือกพัฒนากิจกรรมตามองค์ประกอบทั้ง 7 ประการนี้เพียงบาง ประการ ตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้โรงเรียนนั้นๆ เป็นโรงเรียนโดดเด่นในเรื่องการดำเนินงานตามองค์ประกอบที่แตกต่าง ในลักษณะที่จะเป็นโรงเรียน ต้นแบบแก่โรงเรียนอื่นที่สนใจ ก่อให้เกิดเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น จนถึง ระดับประเทศ ในระยะต่อมาสมาชิกเครือข่ายจะได้ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ที่พัฒนาให้ทุกโรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์แบบตามที่มุ่งหวังไว้ โดย ขั้นตอนในการเข้าสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละโรงเรียนอาจมีการเริ่มต้นที่แตกต่าง กันไม่ได้เรียงตามที่กำหนดไว้ก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสม (กรมอนามัย 2543: 5-14) ซึ่งการ ดำเนินงานของกรมอนามัยจะประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างความสนับสนุนของชุมชนและท้องถิ่น เพื่อหาแนวร่วมในการก่อให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2. การจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เพื่อเป็นผู้ร่วมดำเนินงานและ รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ผลักดันให้โครงการต่างๆ ที่ ร่วมกันคิดประสบความสำเร็จ โดยประกอบด้วยบุคคลที่เป็นตัวแทนจากหลากหลายกลุ่ม คือ ผู้บริหาร ครูและบุคลากรอื่นในโรงเรียน นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรท้องถิ่นและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น
3. การจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนเป็นกลุ่มที่ช่วยผลักดันและสนับสนุน กิจกรรมที่คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนดำเนินงานทั้งในด้านความคิด การ เผยแพร่ข่าวสารด้านส่งเสริมสุขภาพ การจัดหาทรัพยากรสนับสนุนการปรับปรุงบริการสุขภาพ การ ผลักดันให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และผู้นำต่างๆ ในชุมชน
4. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันของโรงเรียนและ ชุมชนว่าได้ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพไปแล้วอย่างไรบ้าง มีปัญหาสุขภาพใดที่ยังมิได้ ดำเนินงาน วิธีการและทรัพยากรที่ใช้ในการแก้ปัญหาเหล่านั้นมีหรือไม่ ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นข้อมูล ที่สำคัญในการวางแผนการปฏิบัติงานต่อไป
5. การกำหนดจุดเริ่มต้นในการทำงานว่าควรเริ่มต้นในการดำเนินงานอะไรก่อนหลัง

6. การจัดทำแผนปฏิบัติการที่จะดำเนินงานในเรื่องอะไรบ้าง
7. การติดตามและประเมินผลสิ่งที่ได้ดำเนินงาน
8. การพัฒนาเครือข่ายของโรงเรียนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ของโรงเรียนแต่ละโรงเรียนในอำเภอ ในจังหวัด ที่ดำเนิน โครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกัน

การประเมินโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การประเมินการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพว่ามีการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด โดยอาศัยกระบวนการดำเนินงานและ องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย, 2544: 1 - 4) โดยเกณฑ์การประเมิน กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย 1) นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 3) การค้นหาและกำหนดปัญหาสุขภาพ 4) แผนงาน/โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ และ 5) การดำเนินงานตามแผนและการประเมินผล ต่อมากรมอนามัยเห็นว่าเกณฑ์การประเมินดังกล่าว เน้นการประเมินด้านกระบวนการเสียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะพบว่าโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนมากจะมีกิจกรรมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นกรมอนามัยจึงเห็นสมควรจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่สามารถวัดได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อเป็นเครื่องชี้ว่าการดำเนินงานโรงเรียนที่กำลังพัฒนา และเป็น เกณฑ์ตัดสินการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินจึงยึดหลักตาม 10 องค์ประกอบดังกล่าว เพื่อให้สะท้อนถึงระดับการดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในแต่ละ องค์ประกอบ ซึ่งเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง ตามเป้าหมายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพปี 2547 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2547) โดยพิจารณาดังนี้

โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และกรุงเทพมหานคร “มีการดำเนินงานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40”

มีการดำเนินงานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีการ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามแนวคิด หลักการ และวัตถุประสงค์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน หรือการดำเนินการโดย คณะกรรมการอื่นใดที่โรงเรียนมีอยู่
- มีการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนโดยคณะกรรมการฯ ดังกล่าว และ ประชาสัมพันธ์นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ

- มีการจัดทำแผนงาน / โครงการรองรับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามแผน

ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน หมายถึง โรงเรียนที่ได้รับการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับทองแดงขึ้นไป (ระดับทอง + ระดับเงิน + ระดับทองแดง) ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ดังนี้

ระดับทองแดง	ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 4 องค์ประกอบ ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 6 องค์ประกอบที่เหลือ
ระดับเงิน	ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 6 องค์ประกอบ ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 4 องค์ประกอบที่เหลือ
ระดับทอง	ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 8 องค์ประกอบ ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยุคใหม่ในนักเรียนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

ระดับผลการเรียนเฉลี่ย

เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนดีนั้นมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนไม่ดี

ดังเช่นการศึกษาของ ชูชัย สุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวนอนันต์ ดันติเกตุ (2540: 15) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน พบว่า เยาวชนชายที่มีผลการเรียนดี มีอัตราการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 2.1 ในขณะที่กลุ่มที่มีผลการเรียนไม่ดี มีอัตราการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 21.2 ในกลุ่มเยาวชนหญิงก็เช่นเดียวกัน โดยพบว่าเยาวชนหญิงที่มีผลการเรียนดี มีอัตราการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 0.3 ในขณะที่กลุ่มที่มีผลการเรียนไม่ดี มีอัตราการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 4.6

และอรรถัย ลิ้มตระกูล (2534: ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอุดมศึกษา โดยศึกษาในนักเรียนชายใน

มหาวิทยาลัย ขอนแก่น จำนวน 618 คน พบว่า เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ความแตกต่างของแหล่งรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยเยาวชนที่มีรายได้ต่ำมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำกว่าเยาวชนที่มีรายได้สูง

การศึกษาของ จุฑารัตน์ ไต้เมฆ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของ นักศึกษาวิทยาลัยสาขารณสุข สิรินคร จำนวน 400 คน พบว่า นักศึกษาที่มีความแตกต่างของลักษณะทางประชากรด้านแหล่งรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับ อรทัย ลิ้มตระกูล (2534: ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอุดมศึกษา โดยศึกษาในนักเรียนชายในมหาวิทยาลัย ขอนแก่น จำนวน 618 คน พบว่า รายรับต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และ มาลินี ภูวนันท์ และคนอื่นๆ (2536: ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 713 คน พบว่า จำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ชูชัย สุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ (2540: 15) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน พบว่า การมีรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เยาวชนไทยสูบบุหรี่ โดยเยาวชนที่มีรายได้ต่ำสูบบุหรี่ในอัตราเพียงร้อยละ 4.9 ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงสูบบุหรี่จำนวนถึงร้อยละ 14.2 และยังพบว่าเยาวชนมีรายได้หรือฐานดีเท่าไร อัตราการลองสูบบุหรี่ของเยาวชนก็จะยิ่งมากขึ้น

การนับถือตนเอง

การนับถือตนเองของกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่มีระดับการนับถือตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาของ ธนพร ธรรมทักษ์ (2004: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มี

ความเครียดโดยรวมและการแสดงออกของความเครียดด้านร่างกาย วิตกกังวล นอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และการซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, ภรณี วัฒนสมบุญ และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2541: บทคัดย่อ, 59) ได้ศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชน อายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน จำนวน 1,141 คน พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับปานกลางและในระดับต่ำ

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยการศึกษาที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่จะทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง

การศึกษาของ จุฑารัตน์ ไต้เมฆ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธิตสุโขทัย จำนวน 400 คน พบว่า นักศึกษาที่มีความแตกต่างของลักษณะทางประชากรด้านการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัสชา กิ่งแก้วก้านทอง (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 653 ราย พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนได้ถึงร้อยละ 91.37 โดยทำนายร่วมกับอายุ อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก สภาวะและเหตุการณ์ที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

เช่นเดียวกับ ชุชัย สุภวงษ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ (2540: 18) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่ จะทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดาสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของทั้งบุตรชายและบุตรหญิง ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของมารดาจะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของบุตรหญิงมากกว่าบุตรชาย

รวมถึง รัญจวน คำชิรพิทักษ์ และวรรณุช แหยมแสง (2539: 23-59) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากปัจจัยอันเนื่องมาจากสาเหตุภายในและสาเหตุภายนอกของผู้ที่อยู่ในวัย

เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (อายุ 13-24 ปี) จำนวน 600 คน ทั้งที่อยู่ในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และตลาดแรงงาน พบว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องที่สูบบุหรี่ และจำนวนคนในละแวกบ้านที่สูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และ ภาวิณี วิสมล (2538: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคอนเมืองทหารอากาศบำรุง จำนวน 162 คน พบว่า การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่อนข้างน้อย

นอกจากนี้ ยูยง วงศ์พันธ์ (2544: 60-62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 285 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับบทบาทของครอบครัวด้านหารอบรมเลี้ยงดู และด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการสูบบุหรี่ สำหรับบทบาทของครอบครัวโดยรวม พบว่า ครอบครัวในกลุ่มไม่สูบบุหรี่มีการปฏิบัติต่อนักเรียนในระดับมาก สูงกว่ากลุ่มสูบบุหรี่

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

การศึกษาของ ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ (2540: 18) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน พบว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนมากที่สุดคือ เพื่อนสนิท โดยส่วนใหญ่แล้วการสูบบุหรี่ในครั้งแรกจะเกิดจากการชักนำของเพื่อน และหัดสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน โดยร้อยละ 52 ของเยาวชนชายที่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยลองยาเสพติดมาก่อน ขณะที่ร้อยละ 19 ของเยาวชนชายที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยลองยาเสพติดมาก่อน และร้อยละ 60 ของเยาวชนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำทุกอาทิตย์ ขณะที่ร้อยละ 11 ของเยาวชนหญิงที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำ

ธิตี รัตนโชติ (2539: 134-140) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง ศึกษาเฉพาะนักเรียนหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 433 คน พบว่า เพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิพนธ์ กุลนิตย์ (2538: 79-80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,017 คน พบว่า ปัจจัยเชิงสังคม และสภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับความสำคัญมากที่สุดคือ เพื่อนชวนสูบ อันดับที่สองคือ เพื่อเข้าสังคมกับเพื่อน อันดับสามคือ เลียนแบบเพื่อน

ภาวณี วิสมล (2538: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคอนเมืองทหารอากาศบำรุง จำนวน 162 คน พบว่า การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความขนาดของความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่อนข้างสูง

มาลา รักษาพรหมณ์ (2526: ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดยะลา จำนวน 302 คน พบว่า สภาวะการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์ และคณะ (2547: 44) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อันดับแรก คือ การสูบบุหรี่ของเพื่อน อันดับที่ 2 คือ อายุ และอันดับที่ 3 คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิเสธการสูบบุหรี่

อรทัย ลิ้มตระกูล (2534: ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยศึกษาในนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 618 คน พบว่า การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

كرونท์ (Krohn, 1987: 337-349) ได้ศึกษาทฤษฎีความผูกพันทางสังคมกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่า การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากความผูกพันกับเพื่อนที่สูบบุหรี่มากกว่าการผูกพันกับเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่

บอทวิน และคณะ (Botvin, et al. 1994: 67-73) ซึ่งได้ศึกษาสาเหตุของการสูบบุหรี่ในเยาวชนในอเมริกา ซึ่งศึกษาในเด็กนักเรียนที่กำลังอยู่ในระดับ 7 จำนวน 757 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า เพื่อนและกลุ่มหรือพวกเดียวกัน เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุด ต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ปัจจัยทางด้านจิตใจประกอบด้วย ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ในความสามารถของตนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการสูบบุหรี่ และ **ลอว์เรนซ์ และรูบินสัน** (Lawrence and Robinson, 1986: 367-382) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ

ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 7 และเกรด 8 จำนวน 800 คน โดยใช้แบบวัดความสามารถตนเอง จำนวน 50 ข้อ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและอารมณ์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ โอกาสทางสังคม ภาวะเครียด และอิทธิพลของเพื่อน โดยเฉพาะอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนสนิท

การได้รับสื่อ

การได้รับสื่อบุคคล และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน

จากการศึกษาของ ชูชัย สุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ (2540: 15,34-35) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน พบว่า ผลของผลลาคำเตือนบนซองบุหรี่ มีผลในการป้องกันไม่ให้เยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่มาลองสูบบุหรี่ และมีผลให้เยาวชนที่สูบบุหรี่รู้สึกยับยั้งชั่งใจมากขึ้น สำหรับกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้แก่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี นั้น ไม่มีผลบังคับใช้ทางการปฏิบัติเท่าที่ควร และนอกจากนี้ได้มีการศึกษาวิวัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย โดยศึกษาจากเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง 15 ท่าน และจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ นักบริหาร และผู้ปฏิบัติอีก 2 ครั้ง พบว่า พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำให้การควบคุมยาสูบได้มีเครื่องมือที่สำคัญในการห้ามโฆษณาบุหรี่ทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งห้ามส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามยังมีการโฆษณาที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องการการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา เมธิคุณภรณ์ (2537: ก-ข, 8) ได้ศึกษาการรับข่าวสารการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน: ศึกษาเฉพาะสมาชิกชมรมเยาวชนปอดสะอาด มูลนิธิหมอชาวบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ จำนวน 240 คน มีทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 14 ปี ศึกษาอยู่ระดับ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนมากทราบว่าในบุหรี่มีสารนิโคติน ทาร์ และคาร์บอนมอนนอกไซด์ และทราบว่าสารใดทำให้คนติดบุหรี่แต่มีประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ทราบว่าบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด และสื่อบุคคลได้แก่ บิดา มารดา ครูและเพื่อนต่างเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนมาก

การเข้าถึงบุหรี่

การที่บุหรี่หาซื้อได้ง่าย มีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน

ดังเช่นการศึกษาของ นิพนธ์ กุลนิทย์ (2538: 79-80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,017 คน พบว่าการที่รัฐสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศเข้ามาจำหน่าย ทำให้มีโอกาเลือกได้มากกว่า ซึ่งมีลำดับความสำคัญเป็นอันดับสองของปัจจัยเชิงนโยบายของรัฐ และการที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายซึ่งมีลำดับความสำคัญมากที่สุดของปัจจัยเชิงธุรกิจการค้ามีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน

จากการศึกษาของ รัญจวน คำจิรพิทักษ์ และวรนุช แหม่มแสง (2539: 23-59) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากปัจจัยอันเนื่องมาจากสาเหตุภายในและสาเหตุภายนอกของผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (อายุ 13-24 ปี) จำนวน 600 คน ทั้งที่อยู่ในระบบโรงเรียน นอกกระบบโรงเรียน และตลาดแรงงาน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาของ สมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชาย ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่รู้ว่าการสูบบุหรี่อาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปอด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ นักเรียนที่มีอายุมาก ศึกษาในสถานศึกษาสายอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนสูง มีสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนต่ำ การพักอยู่หอพักขณะศึกษา การมีบิดาและพี่ชายที่สูบบุหรี่ บิดาประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม และมีความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี

การสูบบุหรี่ของนักเรียนชายกลุ่มที่กำลังสูบบุหรี่อยู่กับกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มาก่อนนั้น มีพฤติกรรมต่างๆ ของการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ได้แก่ นิสัยการสูบ การอัดควันบุหรี่เข้าปอด ชนิดบุหรี่ที่สูบ ปริมาณการสูบต่อวัน การซื้อบุหรี่สูบ ค่าบุหรี่ต่อเดือน ระยะเวลาของการสูบ และอายุที่เริ่มสูบ

เจตคติต่อการสูบบุหรี่

เจตคติต่อการสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบ โดยสอดคล้องกับการศึกษานี้

การศึกษาของ ธิดิ รัตนโชติ (2539: 134-140) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง ศึกษาเฉพาะนักเรียนหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

จำนวน 433 คน พบว่า ทักษะคิดของวัยรุ่นหญิงต่อการสูบบุหรี่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัฐจวน คำศิริพิทักษ์ และวรุณ แหยมแสง (2539: 23-59) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากปัจจัยอันเนื่องมาจากสาเหตุภายในและสาเหตุภายนอกของผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (อายุ 13-24 ปี) จำนวน 600 คน ทั้งที่อยู่ในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และตลาดแรงงาน พบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในโรงเรียนได้ร้อยละ 36 โดยทำนายร่วมกับความรู้ความเข้าใจต่อการสูบบุหรี่ และจำนวนคนในละแวกบ้านที่สูบบุหรี่

สมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชาย ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ทักษะคิดของนักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผลเสียของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูบ

สุรชาติ นันทนรินทร์ (2537: จ-ฉ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตนาเชิงพฤติกรรม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรี่กับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่สามารถทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมได้ร้อยละ 38 และเจตนาเชิงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูง

มาลา รักษาพรหมณ์ (2526: ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดยะลา จำนวน 302 คน พบว่า ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาลินี ภูวนันท์ และคนอื่นๆ (2536: ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 713 คน พบว่า เจตคติต่อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และ ยวลักษณ์ ชันอาสา (2541: 118-121) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,360 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ความเชื่ออำนาจกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และความดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่ โดยนักเรียนหญิงที่มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนสูง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวก มีเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับสูง มีค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่

ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

การที่นักเรียนได้รับการฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง และหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ได้ และทำให้นักเรียนสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดี โดยสอดคล้องกับการศึกษาด้านทักษะชีวิตที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทั้งในเชิงสำรวจและการวิจัยกึ่งทดลอง ดังนี้

การศึกษาของ วันเพ็ญ ไส้ไหม (2546: 108-119) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตของนักเรียนที่มีปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 313 คน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่ององค์ประกอบของทักษะชีวิต พบว่า นักเรียนมีทักษะในส่วนของความคิดสร้างสรรค์น้อยกว่าองค์ประกอบอื่น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตของนักเรียนที่มีปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวแตกต่างกัน พบว่า ความแตกต่างกันของนักเรียนในด้านเพศและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมมมอน (Maymon 1984: 222) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อายุ 15-16 ปี ในประเทศอิสราเอล โดยการฝึกให้เด็กมีทักษะการตัดสินใจและการปัญหา พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มที่เข้าร่วมในโครงการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวนนักเรียนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนนักเรียนสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง

เอลเดอร์ และคณะ (Elder, et al. 1989: 24-29) ได้ศึกษาผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนให้เข้าใจเรื่องบุหรี่ (Student Helping others Understand Tobacco) เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาของนักเรียนในเมืองซานดิเอโก รัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่า เมื่อฝึกให้นักเรียนมีทักษะในการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธแล้วหากมีการเสริมแรงให้แก่ผู้ไม่สูบบุหรี่ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพแก่โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนให้เข้าใจบุหรี่อีกด้วย

ซาลลิส และคณะ (Sallis, et al.1990: 489-503) ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่แก่นักเรียนเกรด 4-7 จำนวน 78 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองสามารถปฏิเสธบุหรี่จากการชักชวนของเพื่อนได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ดอย (Doi, 1993: 73-78) ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่กับนักเรียน ในสถานศึกษาระดับเกรด 7 โดยวิธีการใช้รูปแบบจิตวิทยาสังคม รวมทั้งการสอนทักษะการปฏิเสธเพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ของสังคม พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจในทักษะการปฏิเสธเพิ่มมากขึ้น จากนั้นได้มีการติดตามผลหลังการให้กิจกรรม 1 เดือน และอีก 1 ปีต่อมา พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีทักษะการปฏิเสธเพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้เช่นเดิม

บอทวิท และคณะ (Botvin, et al. 1995: 1106 - 1112) ได้ศึกษาติดตามผลระยะยาวของการป้องกันการใช้สารเสพติดในกลุ่มชนชั้นกลางผิวขาว ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันการเสพติดในโรงเรียน การออกแบบการทดลอง โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากโรงเรียน 56 แห่งที่ได้รับโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การติดตามกระตุ้น การสอนทักษะชีวิตต่างๆ ไป และทักษะการเผชิญอิทธิพลทางสังคมในการต่อต้านการใช้สารเสพติด โดยวิธีการฝึกปฏิบัติร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำตลอดทั้งปี ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับการฝึกจากวิดีโอเทป และไม่ได้รับคำปรึกษาแนะนำ หรือได้รับการรักษาตามปกติ ทำการติดตามผลในระยะเวลา 6 ปี หลังจากได้รับโปรแกรมการทดลองมีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากทางโทรศัพท์ และทางไปรษณีย์ ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้สารเสพติด และยาอื่นๆ ลดลง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไรเนอร์ และ มาร์ติน (Reiner Hanewinkel and Martin Abhauer, 2004: 125-137) ได้มีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นเวลา 15 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนจากประเทศออสเตรีย เดนมาร์ก ลักซ์เซมเบิร์ก และเยอรมัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 1,024 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 834 คน ซึ่งมีทั้งนักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบแต่ปัจจุบันไม่สูบ และสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และมีการฝึกซ้อมทักษะการปฏิเสธการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมเป็นการสอนโดยครูในโรงเรียน ดำเนินการเรียนการสอนในชั้นเรียนเป็นเวลา 4 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็นครั้งที่ 1 ก่อนลงโปรแกรม และครั้งที่ 2 เก็บหลังจากเริ่มโปรแกรมไปแล้ว 15 เดือน พบว่า ครูและนักเรียนมีความพึงพอใจในโปรแกรมนี้อย่างสูง ส่วนผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ และการทดลองสูบบุหรี่ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และโปรแกรมไม่มีผลกับทัศนคติต่อบุหรี่ และการ

รับรู้ผลทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ดังนั้นผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันที่ดำเนินการเพียง 2-3 เดือน สามารถให้ผลดีต่อการศึกษาตัวแปรในการ ป้องกันการสูบบุหรี่

ณัฐพงศ์ พุดห้ำ (2540: 115-130) ได้ศึกษาการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อ ป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน จัดโปรแกรมโดยใช้ แผนการจัดกิจกรรมการสอนในชั้นเรียน ซึ่งทักษะชีวิตที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ความ ตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักในตนเองสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรับผิดชอบในตนเอง เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ แต่ในส่วนของทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการ สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรณา นันทสุคนธ์ (2545: 113-125) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา ทักษะชีวิต ต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 43 คน โดยนักเรียนกลุ่มทดลองจะ ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย การ เรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม โดยเป็นการเรียนการสอนในชั้นเรียน ซึ่งทักษะชีวิตที่ ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ความตระหนักในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การคิดวิเคราะห์ วิเคราะห์ ความรับผิดชอบต่อสังคม ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ และ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตระหนักในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การคิดวิเคราะห์ วิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ทักษะการ ปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้น ความรับผิดชอบต่อสังคมที่ดีกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ

พิสมัย สุขอมรรัตน์ (2540: 110-119) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์โปรแกรม ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 86 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โปรแกรมสุข ศึกษาที่จัดให้แก่โรงเรียนทดลอง ประกอบด้วยแผนการสอนในชั้นเรียน ที่มีลักษณะเป็นคู่มือครู ซึ่ง ประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการ

กับความเครียด โดยเน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง บรรยายนำสั้นๆ การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม และฝึกปฏิบัติโดยแสดงบทบาทสมมติ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่สับสนหวั่นไหว ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการจัดการกับความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณรัตน์ แก้วมงคล (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนลาดปลาเค้าพิทยาคม จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ซึ่งทักษะชีวิตที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความรับผิดชอบในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการกับความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบแล้ว มีเพียงทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และทักษะการจัดการกับความเครียด ที่กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

และ ศติพร โลจายะ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดปทุมธานี จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม โดยนำแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ในการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งทักษะชีวิตที่ศึกษาประกอบด้วย ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องบุหรี่ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

โรงเรียนเซนต์เทเรส ในรัฐซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย (1994) ได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพชุมชนแคนเทอเบอรี ทำการศึกษาวิจัยโดยนำแนวคิดองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น จากการพัฒนาความสัมพันธ์พ่อ แม่และผู้ปกครองให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลนักเรียน รวมทั้งมีการติดต่อข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับทางสุขภาพ ผ่านทางจดหมายข่าวของโรงเรียน ด้านหลักสูตรการพัฒนาบุคลากร โครงการสุศึกษาและพลศึกษาได้มีการกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่จำเป็น จากข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจากสถานบริการและการสำรวจข้อมูลสุขภาพในชุมชน โรงเรียน ร่วมกับมีการปรับปรุงพัฒนาร้านอาหารให้จำหน่ายอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยมีนโยบายที่ดำเนินการสนับสนุนโดยพ่อ แม่และผู้ปกครองนักเรียน ผลการศึกษาพบว่าพ่อแม่และผู้ปกครองมีความตระหนักในการมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาบุคลากร โครงการสุศึกษาและพลศึกษา รวมทั้งมีความสนใจในข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการประชุมทางด้านสุขภาพที่โรงเรียนเพิ่มมากขึ้น นักเรียนสนุกสนานกับวิชาพลศึกษาเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการได้รับการสอนจากครูที่มีความชำนาญ โดยเฉพาะรวมทั้งมีร้านอาหารที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อสนับสนุนโภชนาการและข้อมูลข่าวสารในโครงการพัฒนาบุคลากรสุศึกษาและพลศึกษา ทั้งนี้พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่บุคลากรในโรงเรียน พ่อแม่และผู้ปกครองได้แสดงความเป็นเจ้าของปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง

ชาร์ลตัน และวิลลี่ (Charlton, and While. 1994: 28-29, 53) ได้ศึกษาการกำหนดนโยบายของการสูบบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป พบว่า นโยบายการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยเมื่อย้ายบุคลากรที่สูบบุหรี่ออกจากโรงเรียนหรือวิทยาลัย สามารถลดอัตราเสี่ยงของการสูบบุหรี่ของนักเรียนในวิทยาลัยได้ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียน

วิลเลียม และคณะ (Williams et.al: 1996) ศึกษาการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับประถมศึกษาได้ผลดีนั้นเกิดจากการประสานความร่วมมือการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงเรียนในชุมชน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็งนั้นขึ้นอยู่กับคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ซึ่งมาจากหลายฝ่ายที่มาสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา จัดทำโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกัน ร่วมกันดำเนินงานชี้แนะควบคุมกำกับ ซึ่งคณะครูเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประสาน

การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาเป็นนโยบายของโรงเรียน มีเนื้อหาสาระการส่งเสริมสุขภาพแทรกในบทเรียน เช่นเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย เพศศึกษาที่นักเรียนควรรู้ การสร้างแนวความคิดจากการทำกลุ่มของนักเรียน เช่น ในเรื่องอันตรายของบุหรี่

อามันด้า และเอเจนเจลลา (Amanda & Angela: 1998) ศึกษาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในมลรัฐซิดนีย์ ตะวันตก โดยการให้นักเรียนระดับประถมศึกษามีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนสนใจด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมและโภชนาการ โดยนักเรียนได้ร่วมดำเนินกิจกรรมโดยการส่งรายงานกลับคืน เข้าร่วมกิจกรรมและมีข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะมีการจัดโปรแกรมการดำเนินการเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของนักเรียนในด้านต่างๆ ดังนี้

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2540: 57 – 58) ได้ศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนประถมศึกษา และมัธยมศึกษา 4 โรงเรียน คือ โรงเรียนประชาณีเวช โรงเรียนพญาไท โรงเรียนหอวัง และโรงเรียนเซนฟรังค์ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงชุดการสอน การส่งเสริมสุขภาพ การประกวดคำขวัญเนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก การจัดส่งจดหมายข่าวเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่และผู้ปกครองนักเรียน การประกวดเต้นแอโรบิก และการจัดเข้าค่ายผู้นำเยาวชนส่งเสริมสุขภาพ ผลการทดลอง พบว่า โครงการได้ประสบผลสำเร็จในการช่วยให้ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน ได้เกิดความคิดตระหนัก เกิดวิสัยทัศน์ และแนวคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาโครงการ

ฉันทนา ลิ้มนิรันดร์กุล, สมจิตต์ บัวเทศ และลัดดา อุดมผล (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเขต 1 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบก่อน และหลังดำเนินโครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมกับนักเรียน 264 คน จาก 6 โรงเรียน พบว่า หลังดำเนินโครงการนักเรียนมีความรู้ ความคิดเห็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้น มีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีส่วนร่วมด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ซึ่งโรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความคิดเห็น และเกิดจิตสำนึก เสริมสร้างพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่นักเรียน

ธัญญา โกมุตทวงศ์ (2541: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนา รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดปทุมธานี โดยการนำองค์ประกอบ 6 ประการ ของโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและครู จำนวน 3 คน นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 42 คน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้นักเรียนมีภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้นคือ การประกาศใช้ นโยบาย และการดำเนินงานด้านอนามัยส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้าน อนามัยส่วนบุคคล การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนในการกระตุ้นเตือนด้านอนามัยส่วนบุคคล การพัฒนาแผนการสอนด้านอนามัยส่วนบุคคล ผู้ปกครองได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน และการนำบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนให้มากขึ้น

ประครอง ทองคำสมุทร (2544: ก) ศึกษาในเรื่องการประเมินกระบวนการ การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพใน โรงเรียน ร้อยละ 69.9 ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 75.6 มีการค้นหาปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 58.9 มีการจัดทำแผนงานโครงการ ร้อยละ 63.4 มีการดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล ร้อยละ 40.6 ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องงบประมาณ ไม่เพียงพอหรือไม่มีงบประมาณ บุคลากรใน การดำเนินงานมีน้อยไม่เพียงพอต่อภาระหน้าที่ที่มีมาก และนอกจากนั้นชุมชนยังเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานน้อย

ปิยนุช บุญทอง (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนใน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 243 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ประเด็นการสังเกตพฤติกรรม แบบบันทึกการตรวจร่างกายตามบัตรประจำตัวนักเรียน แบบบันทึกสภาพแวดล้อมทั่วไปใน โรงเรียน และแบบบันทึกรายงานการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้าน อนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการออกกำลังกาย ด้าน อนุรักษ์ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ด้านสุขภาพจิต และด้านสารเสพติดและปัญหาสังคมใน โรงเรียน ซึ่งพบว่า ด้านสารเสพติดและปัญหาสังคมในโรงเรียนนั้น กลุ่มตัวอย่างไม่เคยถูกชักชวน

ให้เสพยาเสพติดร้อยละ 68.7 (167 คน) และเคยถูกชักชวนร้อยละ 31.3 (76 คน) ในกลุ่มนี้ปฏิเสธไม่ทดลองร้อยละ 52.6 (40 คน) ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะทั้งทางด้านเชิงนโยบาย และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในประเด็นที่ควรมีการปรับปรุงให้ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน เช่น คุณภาพของการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

พัชรินทร์ ตั้งการกิจ (2542: 88-89, 92-93) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการจัดโครงการส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การเรียนการสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่เน้นประสบการณ์ตรง ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย การพัฒนาด้านการเรียนการสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่เน้นประสบการณ์ตรง มากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเจตคติต่ออนามัยส่วนบุคคลในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่เน้นประสบการณ์ตรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติเดิม โดยการใช้สื่อและกิจกรรมเพื่อสร้างเจตคติใหม่ โดยการเน้นการสร้างความรู้สึกร่วมที่เกี่ยวข้องกับเจตคตินั้นๆ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนและชมเชยจากครูและผู้ปกครอง การกระตุ้นเตือนจากเพื่อนในกลุ่ม การจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงเรียน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในวันสำคัญต่างๆ ทำให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวดี โลกโพธิ์ (2543: v) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูล่า ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีกลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวรรณ หล่อโลหการ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนบ้านหมากปรก พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามโครงการ นักเรียนได้รับการดูแลบริการสุขภาพดีขึ้น มีทัศนคติด้านความสะอาดของร่างกาย และของใช้ดีขึ้น ครูและบุคลากรมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มตัวแทนผู้ปกครองและชาวบ้าน มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมพัฒนาโรงเรียนเพิ่มสูงขึ้น ขั้นตอนการคัดเลือกผู้มีส่วนได้

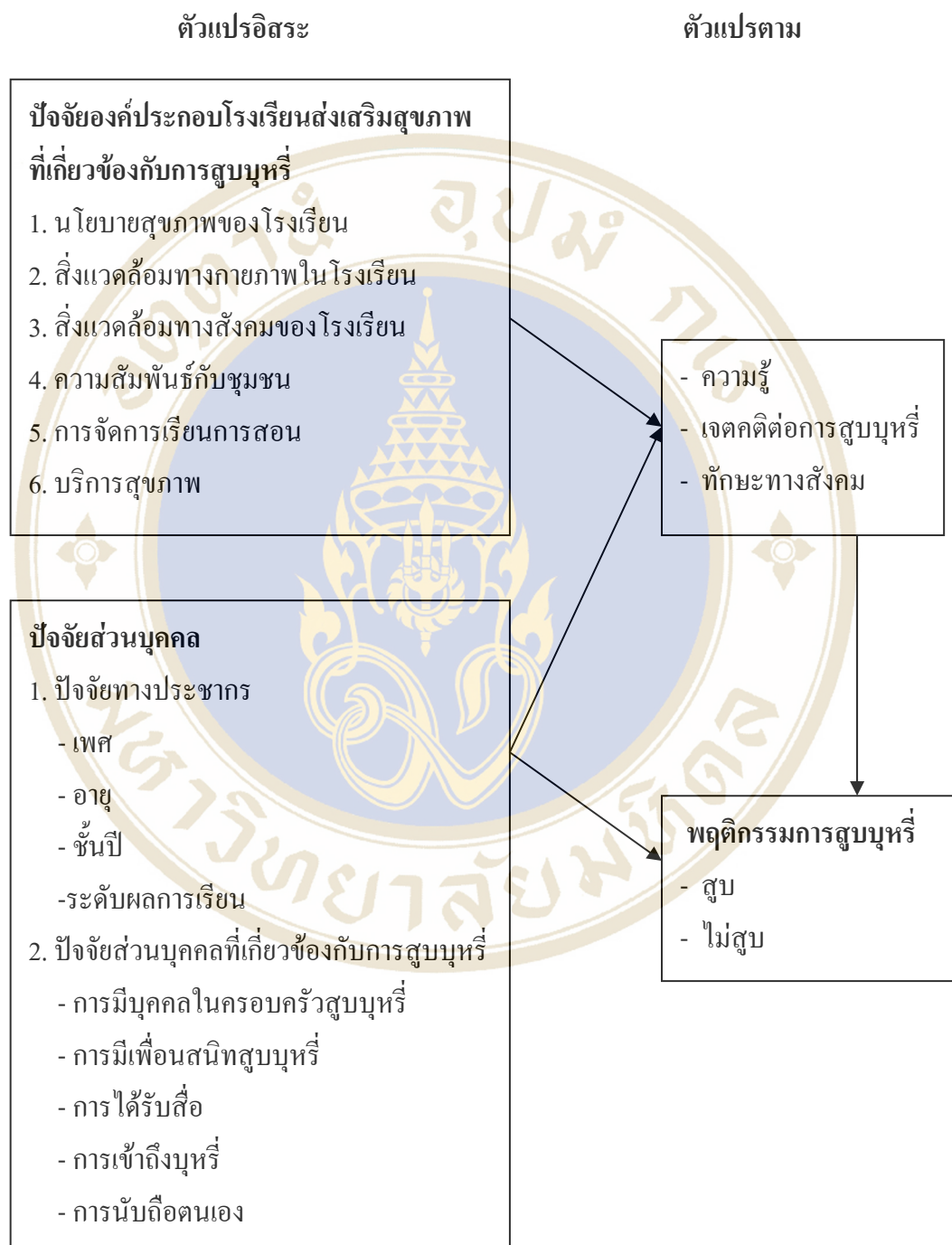
ส่วนเสีย และการสร้างวิสัยทัศน์ทีมงาน กระบวนการวางแผน / โครงการ และการกำหนดพันธกิจร่วมกัน โดยสร้างความเข้าใจให้ความเชื่อมั่นกระทำสัญญาร่วมกัน และหมั่นฝึกทักษะบริหารจัดการเป็นสิ่งสำคัญในความสำเร็จของการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนบ้านหมากปรก

อุ๋นใจ สงเคราะห์ และกนกวรรณ เสนีवास (2544: 24 -31) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและประสบความสำเร็จนั้น อย่างน้อยต้องประกอบด้วยความชัดเจนของแนวคิดของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ทุกฝ่าย ความชัดเจนของความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการในขั้นตอนการพัฒนาความเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กร หรือผู้เกี่ยวข้องทุกระดับความเข้มแข็งขององค์กร และบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อมโยงประสานกันอย่างมีอุดมการณ์ร่วมกัน รวมทั้งการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

อารีย์ ด้านประดิษฐ์ (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิธีการดำเนินงานตามกระบวนการและองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ณ โรงเรียนเทศบาล 4 วัดโพธิ์อัน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีการดำเนินงานตามกระบวนการและองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามขั้นตอน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย คือ จากกลุ่มพลังทางวิชาการ กลุ่มพลังทางประชาสังคม และกลุ่มพลังทางการเมืองท้องถิ่น ในการพัฒนางานให้สำเร็จ

จากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่โดยตรง ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีนักเรียนอยู่ในกลุ่มอายุที่เริ่มสูบบุหรี่นั้นมีเพียงเล็กน้อย ทำให้การควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่ จำเป็นต้องอาศัยมาตรการในหลายๆ ด้าน ตั้งแต่เรื่องของการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่จนไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ได้ และเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างประสบความสำเร็จ ทำให้การใช้มาตรการป้องกัน และควบคุมการสูบบุหรี่ เฉพาะตัวบุคคลนั้นอาจจะไม่เพียงพอ จึงต้องอาศัยรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาเป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยตามองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ต่อความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางประชากรและปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ต่อความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนมัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมัธยมศึกษาแบบสหศึกษาที่มีนักเรียนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในจังหวัดอุดรธานี

ตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วนของดาร์เนลลี (Daniel, 1987)

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot NPQ}{Z^2_{\alpha/2} PQ + (N-1) d^2}$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 10,340 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.11 เนื่องจากผลการสำรวจล่าสุดของ นุปผา ศิริธรรมิ และคณะ (2549) พบว่าวัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.3

Q = $1 - P = 1 - 0.11 = 0.89$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด ในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน 0.03

ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จะเท่ากับ

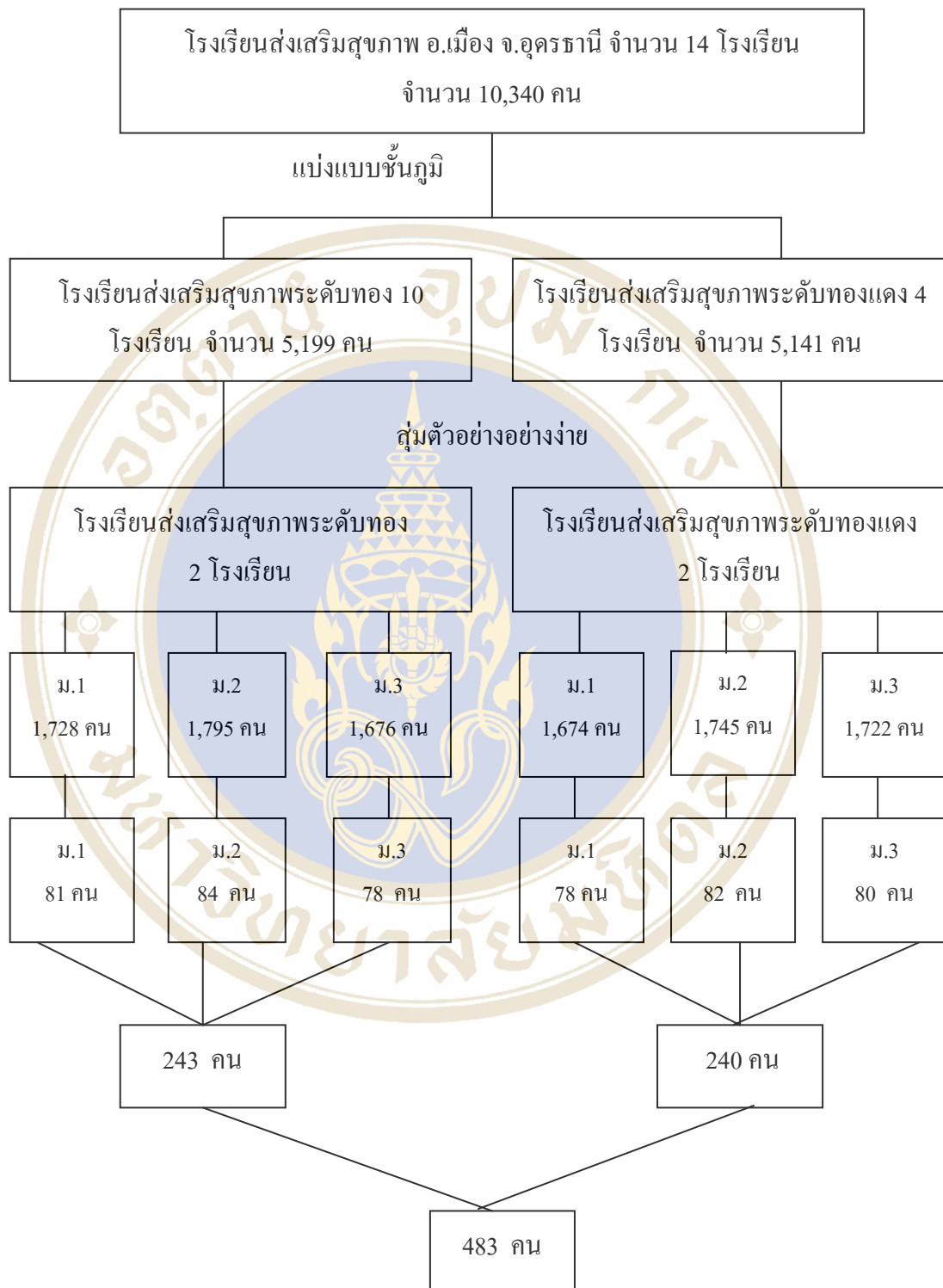
$$n = \frac{(1.96)^2 \times (10,340) (0.11) (0.89)}{(1.96)^2 (0.11) (0.89) + (10,340 - 1) (0.03)^2}$$

$$n = 401.53$$

$$n = 402 \text{ คน}$$

และมีการเก็บข้อมูลค่าความผิดพลาด 20% ดังนั้นจะได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 483 คน

2) การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามลักษณะของสถานศึกษาที่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมีทั้งหมด 15 โรงเรียน แต่เนื่องจากไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับมัธยมที่เป็นระดับเงิน จึงแบ่งได้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 10 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 4 โรงเรียน และจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่อโรงเรียน เพื่อให้ได้โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 2 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 2 โรงเรียน ซึ่งแต่ละโรงเรียนได้แบ่งนักเรียนเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 2 และ 3 โดยคำนวณสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 243 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 81 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 84 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 78 คน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 240 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 78 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 82 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 80 คน ได้จำนวนนักเรียนรวมทั้งสิ้น 483 คน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา ระดับผลการเรียนเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การมีรายได้เพิ่ม การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ การได้รับสื่อ การเข้าถึงบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน เกณฑ์การแปลผลผู้วิจัยได้ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968: 68) จำแนกตามระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 9 – 11 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนมากกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการสูบบุหรี่ มีจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งลักษณะคำถามสร้างตามแบบการวัดของลิเกอร์ท (Likert's Scale) ที่มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกประมาณค่า 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก	ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
- เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
- ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
- ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก (Positive statement) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 12, 15

ข้อคำถามเชิงลบ (Negative statement) จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11,

คะแนนรวมเจตคติมีพิสัยอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับของเจตคติเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 60 คะแนน	หมายถึง	เจตคติที่ดี
คะแนน 45 – 60 คะแนน	หมายถึง	เจตคติปานกลาง
คะแนน ≤ 45 คะแนน	หมายถึง	เจตคติที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยแบบวัด 3 ส่วน คือ

4.1 แบบวัดทักษะการตัดสินใจ เป็นแบบวัดที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์จำลอง (Scenario) ให้ผู้ตอบเลือกพิจารณาตัดสินใจ โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจ โดยมีคำตอบสำหรับเลือกตัดสินใจ ซึ่งจำนวนตัวเลือกในแต่ละสถานการณ์มี 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ค่าคะแนน
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อตนเองทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่	2
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเองทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่	1
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่ไม่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง	0

คะแนนรวมทักษะการตัดสินใจมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 - 14 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับของทักษะการตัดสินใจเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 12 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการตัดสินใจระดับสูง
คะแนน 8 - 11 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการตัดสินใจระดับปานกลาง
คะแนน ≤ 7 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการตัดสินใจระดับต่ำ

4.2 แบบวัดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบวัดที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์จำลอง (Scenario) ให้ผู้ตอบเลือกพิจารณาว่าจะปฏิบัติตาม หรือปฏิเสธ

เพื่อหาทางออกจากสถานการณ์การชักจูงของเพื่อน เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิเสธหาทางออกในแต่ละสถานการณ์ โดยมีคำตอบสำหรับเลือกปฏิเสธ ซึ่งจำนวนตัวเลือกในแต่ละสถานการณ์มี 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ค่าคะแนน
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการปฏิเสธที่ถูกต้องเหมาะสม โดยแสดงความรู้สึกรับรู้ของตนเองประกอบเหตุผล	2
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการปฏิเสธที่ถูกต้องเหมาะสม โดยอ้างเหตุผลเพียงอย่างเดียว แต่ไม่แสดงความรู้สึกรับรู้ของตนเองประกอบ	1
- ถ้าเลือกตัวเลือกที่ไม่มีเหตุผลต่อการแสดงออกถึงการปฏิเสธที่เหมาะสม โดยไม่อ้างเหตุผล และไม่แสดงความรู้สึกรับรู้ของตนเองประกอบ	0

คะแนนรวมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 - 12 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับของทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่า ร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 10 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับสูง
คะแนน 7-9 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง
คะแนน ≤ 6 คะแนน	หมายถึง	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับต่ำ

4.3 แบบวัดการจัดการกับอารมณ์และความเครียด เป็นแบบวัดที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบเลือกพิจารณาความสามารถในการรู้จัก และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ และรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น โดยจำนวนตัวเลือกในแต่ละสถานการณ์มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

คะแนนรวมการจัดการกับอารมณ์และความเครียดมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับของการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 9 คะแนน หมายถึง การจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับสูง
 คะแนน 6 - 8 คะแนน หมายถึง การจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับปานกลาง
 คะแนน ≤ 5 คะแนน หมายถึง การจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 การนับถือตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยสร้างตามแบบการวัดของลิเกอร์ท์ (Likert's Scale) ที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกประมาณค่า 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน แบบวัดการนับถือตนเอง

ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก		ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
- เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
- ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
- ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนรวมการนับถือตนเองมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 - 50 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับของการนับถือตนเองเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 41 คะแนน หมายถึง การนับถือตนเองระดับสูง
 คะแนน 30 - 40 คะแนน หมายถึง การนับถือตนเองระดับปานกลาง
 คะแนน ≤ 29 คะแนน หมายถึง การนับถือตนเองระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียน หรือครูที่เกี่ยวข้องกับงานด้านโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หรือครูในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามตามองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน

การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ และมีแบบสังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียนที่สังเกตโดยผู้วิจัย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ การมีและไม่มีในประเด็นของแต่ละข้อคำถาม โดยเกณฑ์การประเมิน คือ มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้ 1 คะแนน และไม่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้ 0 คะแนน ส่วนแบบสังเกตนั้น ถ้ามีคุณลักษณะตามแบบสังเกตได้ 1 คะแนน และถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน

4. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารทางวิชาการเรื่องบุหรี่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาเพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน
3. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง
4. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ตรงตามเนื้อหาและตรงตามโครงสร้าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองใช้
5. นำแบบสอบถามไปทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือและหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับนักเรียนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน เพื่อดูการใช้ภาษาที่สื่อความหมายกลับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

$$\text{แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่} = 0.727$$

$$\text{แบบสอบถามเจตคติต่อการสูบบุหรี่} = 0.795$$

$$\text{แบบสอบถามทักษะการตัดสินใจ} = 0.828$$

$$\text{แบบสอบถามทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ} = 0.737$$

$$\text{แบบสอบถามการจัดการกับอารมณ์และความเครียด} = 0.780$$

$$\text{แบบสอบถามการนับถือตนเอง} = 0.774$$

6. นำแบบสอบถามที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

5. จริยธรรมทางการศึกษา

จริยธรรมทางการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญและต้องคำนึงถึงในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ซึ่งในการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้แนบใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการไปพร้อมกับแบบสอบถาม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา วิธีตอบแบบสอบถาม และคำชี้แจงที่แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2008-060 เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2551

6. การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. คัดเลือกโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามลักษณะของสถานศึกษาที่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 10 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 4 โรงเรียน และจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อโรงเรียน เพื่อให้ได้โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 2 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 2 โรงเรียน

2. ประสานงานกับทางโรงเรียนที่จะเข้าดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล แจ้งแก่ทางโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัยต่อ

ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ อาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษา และอาจารย์ประจำชั้นเรียน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. จัดเตรียมเอกสารสำหรับการใช้ในการวิจัย
4. นัดหมายวัน เวลา และรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 2 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 2 โรงเรียน จำนวน 500 คน เดือนมิถุนายน 2551 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือจากผู้ตอบให้ตอบข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
2. ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โรงเรียนเป็นผู้กำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละชั้นเรียน
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยเลือกแบบสอบถามที่ตอบข้อคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ได้จำนวน 483 ชุด จากนั้นนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ ดังนี้

1. เตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการบรรณาธิกรข้อมูล (Data editing) โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์
2. ทำการลงรหัส และบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ
3. ให้คะแนนและสร้างตัวแปรตามเกณฑ์การวัดตัวแปรที่กำหนด
4. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี ทศนคติต่อการสูบบุหรี ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี และพฤติกรรมการสูบบุหรี ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. ข้อมูลปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้ ทศนคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี และพฤติกรรมการสูบบุหรี โดยใช้สถิติ ChiSquare test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งชายและหญิงจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 483 คน ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยทางประชากร

1.1.1 เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ระดับผลการเรียน

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 483 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 เพศหญิง ร้อยละ 47.2 อายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี เป็นนักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 32.9 ตามลำดับ

ระดับผลการเรียนของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 32.1 มีระดับผลการเรียน 3.50 ขึ้นไป รองลงมาคือ กลุ่มที่มีระดับผลการเรียน 3.00 – 3.49 ร้อยละ 23.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับผลการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ (N = 483 คน)

ปัจจัยทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	255	52.8
	หญิง	228	47.2
อายุ	12	23	4.8
	13	146	30.2
	14	171	35.4
	15	135	28.0
	16	8	1.7
	อายุเฉลี่ย = 13.92		
SD = 0.91			
ระดับชั้นการศึกษา			
	ม.1	163	33.7
	ม.2	159	32.9
	ม.3	161	33.3
ระดับผลการเรียน			
	ต่ำกว่า 1.50	10	2.1
	1.50 – 1.99	34	7.0
	2.00 – 2.49	75	15.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ (N = 483 คน) (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
2.50 – 2.99	98	20.3
3.00 – 3.49	111	23.0
3.50 ขึ้นไป	155	32.1
ผลการเรียนเฉลี่ย = 3.02		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.71		
ต่ำสุด = 1.00 สูงสุด = 4.00		

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

1.2.1 เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.2 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 50 บาท รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 50 บาท ร้อยละ 30.8 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 51.19 บาทต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.88

เงินพิเศษที่ได้รับเพิ่ม พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างได้รับเงินพิเศษเพิ่ม ร้อยละ 8.5 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับเงินพิเศษเพิ่มเฉลี่ยต่อวันต่ำกว่า 40 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.0 และได้รับเงินพิเศษโดยเฉลี่ยเท่ากับ 36.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.99

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และเงินพิเศษที่ได้รับ (N = 483 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ (เฉลี่ยต่อวัน)		
ต่ำกว่า 50 บาท	334	69.2
มากกว่า 50 บาท	149	30.8
เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับเฉลี่ย = 51.19		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.88		
ต่ำสุด = 10 บาท สูงสุด = 200 บาท		
เงินพิเศษที่ได้รับ (เฉลี่ยต่อวัน)		
ไม่ได้รับ	442	91.5
ได้รับ	41	8.5
จำนวนที่ได้รับ (บาท)		
ต่ำกว่า 40 บาท	32	78.0
มากกว่า 40 บาท	9	22.0
เงินพิเศษที่ได้รับเฉลี่ย = 36.32		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.986		
ต่ำสุด = 5 บาท สูงสุด = 200 บาท		

1.2.2 บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และเพื่อนสนิทสูบบุหรี่

บุคคลในครอบครัวของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.7 ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 45.3 ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัว คือ บิดามารดา (ร้อยละ 76.3)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.5 ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 19.5 ที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่มีเพื่อนสูบน้อยกว่า 10 คน (ร้อยละ 80.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีบุคคลในครอบครัว
 สูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (N = 483 คน)

ปัจจัยทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มี	264	54.7
มี	219	45.3
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่*		
บิดามารดา	167	76.3
พี่น้อง	43	19.6
ญาติ	46	21.0
เพื่อนสนิทสูบบุหรี่		
ไม่มี	389	80.5
มี	94	19.5
จำนวน		
น้อยกว่า 10 คน	76	80.0
10 – 19 คน	10	10.7
20 คน ขึ้นไป	8	8.5

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2.3 การได้รับสื่อ

การเห็นภาพการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.8 โดยสื่อหรือช่องทางที่พบเห็น คือ รายการโทรทัศน์ ร้อยละ 48.1 รองลงมา คือ พบเห็นจากภาพยนตร์ (ร้อยละ 45.7) และอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 17.8)

สำหรับการได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเห็นหรือได้ยิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.4 โดยส่วนใหญ่ได้พบจากรายการโทรทัศน์ (ร้อยละ 81.1) รองลงมา คือ ได้ยินจากวิทยุ (ร้อยละ 49.8) และโปสเตอร์ (ร้อยละ 49.3)

การเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 94.4 โดยข้อความที่เห็นมากที่สุด คือ ส่วนใหญ่ได้เห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ยี่ห้อ

“ควันบุหรีทำให้เกิดมะเร็งปอด” (ร้อยละ 74.6) รองลงมา คือ “ควันบุหรีทำร้ายผู้ใกล้ชิด” (ร้อยละ 72.8) ส่วนภาพคำเตือนที่เห็นน้อยที่สุด คือ ด้านบุหรีทำให้หัวใจวาย (ร้อยละ 30.3) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่ การได้พบหรือได้ยินเรื่องการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี (N = 483 คน)

ปัจจัยทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การพบเห็นภาพการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	146	30.2
เคย	337	69.8
สื่อ/ช่องทาง *		
รายการโทรทัศน์	162	48.1
ภาพยนตร์	154	45.7
อินเทอร์เน็ต	60	17.8
หนังสือพิมพ์	52	15.4
นิตยสาร/วารสาร	43	12.8
อื่นๆ	25	7.4
การได้พบหรือได้ยินเรื่องการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่		
ไม่เคย	27	5.6
เคย	456	94.4
สื่อ/ช่องทาง *		
วิทยุ	227	49.8
โทรทัศน์	371	81.4
ภาพยนตร์	107	23.5
อินเทอร์เน็ต	140	30.7
หนังสือพิมพ์	206	45.2
โปสเตอร์	225	49.3
แผ่นพับ/ใบปลิว	167	36.6
นิตยสาร/วารสาร	114	25.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่ การได้พบหรือได้ยินเรื่องการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (N = 483 คน) (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	212	46.5
อื่นๆ	2	.4
การเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่		
ไม่เคย	27	5.6
เคย	456	94.4
ภาพและข้อความ*		
สูบแล้วลงลมพองตาย	272	59.7
ควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก	154	33.8
ควันบุหรือนำชีวิตสู่ความตาย	208	45.6
สูบแล้วปากเหม็นกลิ่นบุหรี่	224	49.1
สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก	235	51.5
สูบแล้วเป็นมะเร็งกล่องเสียง	175	38.4
ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	340	74.6
ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด	332	72.8
ควันบุหรี่ทำให้หัวใจวายตาย	138	30.3
อื่นๆ	5	1.1

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2.4 การเข้าถึงบุหรี่

ประสบการณ์การซื้อบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.2 ไม่เคยซื้อบุหรี่ มีเพียงร้อยละ ร้อยละ 34.8 ที่มีประสบการณ์ในการซื้อบุหรี่ โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 76.8 โดยซื้อบุหรี่ทั้งซองเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.5 และซื้อบุหรี่เป็นมวน คิดเป็นร้อยละ 39.5

ราคานูหรีที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.8 คิดว่านูหรีมีราคาแพง แต่สามารถซื้อได้ รองลงมาร้อยละ 15.9 คิดว่าไม่แพง มีเพียงร้อยละ 14.3 ที่คิดว่าแพงจนไม่สามารถซื้อได้

ร้านค้าจำหน่ายนูหรีตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่ามีร้านค้าตั้งอยู่ใกล้โรงเรียนถึง ร้อยละ 50.5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การซื้อนูหรี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ราคานูหรีที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาด และร้านค้าจำหน่ายนูหรี ตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร (N = 483 คน)

ปัจจัยทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การซื้อนูหรี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคยซื้อ	315	65.2
เคยซื้อ	168	34.8
แหล่ง *		
ซื้อจากร้านค้าใกล้บริเวณโรงเรียน	29	17.3
ซื้อจากห้างสรรพสินค้าทั่วไป	12	7.1
ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เช่น 7-eleven, 108 shop, รักบ้านเกิด	29	17.3
ซื้อจากร้านขายของชำ	129	76.8
- ซื้อทั้งซอง	78	60.5
- ซื้อเป็นมวน	51	39.5
ราคานูหรีที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาด		
แพง จนไม่สามารถซื้อหามาได้ง่าย	69	14.3
แพง แต่สามารถซื้อได้	337	69.8
ไม่แพง	77	15.9
ร้านค้าจำหน่ายนูหรีตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร		
ไม่มี	12	2.5
มี	244	50.5
ไม่ทราบ	227	47.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.3 การนับถือตนเอง

การนับถือตนเอง พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.5) รองลงมา มีการนับถือตนเองระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.4 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการนับถือตนเอง (N = 483 คน)

ระดับการนับถือตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	44	9.1
ระดับปานกลาง	350	72.5
ระดับสูง	89	18.4
ค่าเฉลี่ย		36.42
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		4.64

ส่วนที่ 2 ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า โดยส่วนใหญ่ นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 68.4) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 30.2 และ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 80.1) ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 56.6) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 40.9 และร้อยละ 2.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรื และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับความรู้เกี่ยวกับ บุหรื	โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ ทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 241)		(n = 242)		(n = 483)	
ระดับต่ำ	193	80.1	137	56.6	330	68.4
ระดับปานกลาง	47	19.5	99	40.9	146	30.2
ระดับสูง	1	0.4	6	2.5	7	1.4
ค่าเฉลี่ย	7.88		8.61		8.25	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.080		2.475		2.31	

2.2 เจตคติต่อการสูบบุหรื

เจตคติต่อการสูบบุหรื พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูบบุหรืที่ดี (ร้อยละ 65.6) รองลงมา มีเจตคติปานกลางและมีเจตคติที่ไม่ดี (ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 3.5 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูบบุหรืในลักษณะที่ดี (ร้อยละ 64.3) รองลงมา มีเจตคติปานกลางและมีเจตคติที่ไม่ดี (ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 4.6 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูบบุหรืในลักษณะที่ดี (ร้อยละ 66.9) รองลงมา มีเจตคติปานกลางและมีเจตคติที่ไม่ดี (ร้อยละ 30.6 และ ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะเจตคติต่อการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ลักษณะเจตคติต่อ การสูบบุหรี่	โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ ทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน		จำนวน		จำนวน	
	ร้อยละ		ร้อยละ		ร้อยละ	
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
	(n = 241)	(n = 242)			(n = 483)	
มีเจตคติที่ไม่ดี	11	4.6	6	2.5	17	3.5
มีเจตคติด้านกลาง	75	31.1	74	30.6	149	30.8
มีเจตคติที่ดี	155	64.3	162	66.9	317	65.6
ค่าเฉลี่ย	62.64		64.42		63.53	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.11		8.31		8.76	

2.3 ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

2.3.1 ทักษะการตัดสินใจ

ทักษะการตัดสินใจ พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.2) รองลงมา มีทักษะการตัดสินใจระดับสูงและระดับต่ำ (ร้อยละ 20.5 และ ร้อยละ 20.3 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.2) รองลงมา มีทักษะการตัดสินใจระดับต่ำ และระดับสูง (ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) รองลงมา มีทักษะการตัดสินใจระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 27.7 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับทักษะการตัดสินใจ	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 241)		(n = 242)		(n = 483)	
ระดับต่ำ	64	26.6	34	14.0	98	20.3
ระดับปานกลาง	145	60.2	141	58.3	286	59.2
ระดับสูง	32	13.3	67	27.7	99	20.5
ค่าเฉลี่ย	9.34		10.31		9.83	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.424		2.199		2.36	

2.3.2 ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.0) รองลงมา มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 36.0 และร้อยละ 18.0 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองส่วนใหญ่ มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.2) รองลงมา มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 36.5 และร้อยละ 18.3 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) รองลงมา มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 35.5 และร้อยละ 17.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับทักษะการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ	โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ ทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 241)		(n = 242)		(n = 483)	
ระดับต่ำ	109	45.2	113	46.7	222	46.0
ระดับปานกลาง	88	36.5	86	35.5	174	36.0
ระดับสูง	44	18.3	43	17.8	87	18.0
ค่าเฉลี่ย	7.33		7.44		7.39	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.57		2.266		2.42	

2.3.3 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

การจัดการกับอารมณ์และความเครียด พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.4) รองลงมา มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 35.0 และร้อยละ 23.6 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ส่วนใหญ่มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 43.6) รองลงมา มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 35.3 และร้อยละ 21.2 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 39.3) รองลงมา มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 34.7 และร้อยละ 26.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการจัดการกับ อารมณ์และความเครียด	โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ ทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 241)		(n = 242)		(n = 483)	
ระดับต่ำ	105	43.6	95	39.3	200	41.4
ระดับปานกลาง	85	35.3	84	34.7	169	35.0
ระดับสูง	51	21.2	63	26.0	114	23.6
ค่าเฉลี่ย	6.73		6.86		6.80	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.978		2.290		2.14	

2.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

2.4.1 ประสบการณ์การสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.7) รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 9.3) และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 6.0)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.4) รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 13.7) และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 7.9)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.9) รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 5.0) และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 4.1) (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียน	โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ ทองแดง		โรงเรียนทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน) (n = 241)		(คน) (n = 242)		(คน) (n = 483)	
ไม่เคยสูบบุหรี่	189	78.4	220	90.9	410	84.7
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	33	13.7	12	5.0	45	9.3
สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน	19	7.9	10	4.1	29	6.0

2.4.2 แบบแผนการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน

อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.8 เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12 - 13 ปี โดยพบว่าในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 52.6 เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 12 - 13 ปี โดยเหตุผลในการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ อยากลอง ร้อยละ 57.9 แต่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงส่วนใหญ่เริ่มสูบบ้างกว่า คือ สูบเมื่ออายุ 14-15 ปี (ร้อยละ 50.0) โดยเหตุผลในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ อยากลอง

จำนวนวันของการสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ 1 - 2 วัน (ร้อยละ 38.0) ส่วนจำนวนวันของการสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 1 - 2 วัน (ร้อยละ 47.4) และจำนวนวันของการสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 10 - 19 วัน ร้อยละ (30.0)

จำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างสูบในช่วง 30 วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ 1 มวนต่อวัน (ร้อยละ 38.0) ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองสูบในช่วง 30 วัน พบว่า สูบ 1 มวนต่อวัน (ร้อยละ 42.1) และจำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงสูบในช่วง 30 วัน พบว่า สูบ 6 - 10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 40.0)

การเข้าถึงบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้บุหรี่ยี่ห้อมาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 82.8) โดยมีผู้อื่นให้บุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 34.5 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการซื้อบุหรี่ยี่ห้อด้วยตนเองจากร้านขายของชำ ร้อยละ 62.1 โดยส่วนใหญ่ซื้อเป็นมวน ร้อยละ 88.9 การได้บุหรี่ยี่ห้อมาสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พบว่า ส่วนใหญ่ได้บุหรี่ยี่ห้อมาจากบุคคลอื่น ร้อยละ 94.7 โดยมีผู้อื่นให้บุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 36.8 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการซื้อบุหรี่ยี่ห้อด้วยตนเองจากร้านขายของชำ ร้อยละ 57.9 โดยส่วนใหญ่ซื้อเป็นมวน ร้อยละ 81.8 และการได้บุหรี่ยี่ห้อมาสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้บุหรี่ยี่ห้อมาจากบุคคลอื่น ร้อยละ 60.0 โดยมีผู้อื่นให้บุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 30.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการซื้อบุหรี่ยี่ห้อด้วยตนเองจากร้านขายของชำด้วยการซื้อเป็นมวน

สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านเพื่อน (ร้อยละ 44.8) รองลงมา คือ ที่โรงเรียน (ร้อยละ 27.6) เช่นเดียวกับสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงและกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านเพื่อน ร้อยละ 36.8 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

การสูบบุหรี่ประเภทอื่นๆ พบว่า ลักษณะบุหรี่ยี่ห้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบ คือ บุหรี่ไมล์ด โลท์ ร้อยละ 13.8 เคยสูบบุหรี่สูตร เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต ร้อยละ 17.2 และเคยสูบบุหรี่บารากู หรือสูก้า ร้อยละ 3.4 ลักษณะบุหรี่ยี่ห้อที่กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงเคยสูบ พบว่า เคยสูบบุหรี่ไมล์ด โลท์ และบุหรี่สูตร เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต เท่าๆ กันคือ ร้อยละ 21.0 และเคยสูบบุหรี่บารากูหรือสูก้า ร้อยละ 5.3 และลักษณะบุหรี่ยี่ห้อที่กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงเคยสูบ พบว่า เคยสูบบุหรี่สูตร เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต ร้อยละ 10.0 แต่ไม่เคยสูบบุหรี่ไมล์ด โลท์และบุหรี่บารากูหรือสูก้า ร้อยละ 60.0

ความคิดที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.0 และยังไม่แน่ใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.7 ส่วนความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายใน 1 เดือนข้างหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.0 และยังไม่แน่ใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.0 ส่วนความคิดที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พบว่า ส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.7 และยังไม่แน่ใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.8 ส่วนความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายใน 1 เดือนข้างหน้า พบว่า ส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.4 และความคิดที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.0

ส่วนความคิดเห็นในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายใน 1 เดือนข้างหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.0 (ดังตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	จำนวน(คน) (n = 19)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 29)	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่						
อายุ 8-9 ปี	3	15.8	2	20.0	5	17.3
อายุ 10-11 ปี	0	0	0	0	0	0
อายุ 12-13 ปี	10	52.6	3	30.0	13	44.8
อายุ 14-15 ปี	6	31.6	5	50.0	11	37.9
เหตุผลในการสูบบุหรี่ *						
เพื่อนชวน	6	31.6	2	20.0	8	27.6
อยากลอง	11	57.9	10	100.0	21	72.4
เพื่อผ่อนคลายความเครียด	2	10.5	1	10.0	3	10.3
แสดงความเป็นผู้ใหญ่	2	10.5	1	10.0	3	10.3
เพื่อดึงดูดใจเพศตรงข้าม	2	10.5	0	0	2	6.9
เลียนแบบผู้อื่น	1	5.3	0	0	1	3.4
วันของการสูบบุหรี่ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา						
1-2 วัน	9	47.4	2	20.0	11	38.0
3-5 วัน	5	26.3	2	20.0	7	24.1
6-9 วัน	0	0	0	0	0	0
10-19 วัน	4	21.0	3	30.0	7	24.1
20-29 วัน	1	5.3	1	10.0	2	6.9
ทุกวัน	0	0	2	20.0	2	6.9

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 19)		(n = 10)		(n = 29)	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา						
น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน	5	26.3	2	20.0	7	24.1
1 มวนต่อวัน	8	42.1	3	30.0	11	38.0
6-10 มวน	5	26.3	4	40.0	9	31.0
11-20 มวนต่อวัน	1	5.3	1	10.0	2	6.9
การได้บุหรืมาสูบ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา *						
ได้จากบุคคลอื่น	18	94.7	6	60.0	24	82.8
มีผู้อื่นให้บุหรืสูบ	7	36.8	3	30.0	10	34.5
ขอบุหรืจากผู้อื่น	6	31.6	2	20.0	8	27.6
ฝากเงินให้ผู้ใหญ่อายุมากกว่า 18 ปีซื้อบุหรืให้	5	26.3	1	10.0	6	20.7
ซื้อเอง						
ซื้อจากห้างสรรพสินค้า	2	10.5	0	0	2	6.7
ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เช่น 7-eleven, 108 shop, รักบ้านเกิด เป็นต้น	1	5.3	2	20.0	3	10.3
ซื้อจากร้านขายของชำ*	11	57.9	7	70.0	18	62.1
- ซื้อทั้งซอง*	4	36.4	0	0	4	22.2
- ซื้อเป็นมวน*	9	81.8	7	100.0	16	88.9

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 19)		(n = 10)		(n = 29)	
สถานที่ที่สูบบุหรี่						
ที่บ้านตนเอง	3	15.8	1	10.0	4	13.8
ที่บ้านเพื่อน	7	36.8	6	60.0	13	44.8
โรงเรียน	6	31.6	2	20.0	8	27.6
ห้างสรรพสินค้า	2	10.5	0	0	2	6.9
อื่นๆ	1	5.3	1	10.0	2	6.9
ลักษณะบุหรี่ยี่ที่เคยสูบ						
บุหรี่ยี่ไม่ลด ไลต์						
ไม่เคย	8	42.2	6	60.0	14	48.3
เคย	4	21.0	0	0	4	13.8
ไม่รู้จัก	7	36.8	4	40.0	11	37.9
บุหรี่ยี่หุรต เช่น รตผลไม้ รตชื้อคโกเลต						
ไม่เคย	9	47.4	6	60.0	15	51.7
เคย	4	21.0	1	10.0	5	17.2
ไม่รู้จัก	6	31.6	3	30.0	9	31.0
บุหรี่ยี่บารากู่ หรือ สุกก้า						
ไม่เคย	11	57.9	6	60.0	17	58.6
เคย	1	5.3	0	0	1	3.4
ไม่รู้จัก	7	36.8	4	40.0	11	37.9

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
	(n = 19)		(n = 10)		(n = 29)	
ความคิดที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา						
ไม่เคยคิด	2	10.5	1	10.0	3	10.3
คิดจะเลิก	14	73.7	6	60.0	20	69.0
ไม่แน่ใจ	3	15.8	3	30.0	6	20.7
ความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 1 เดือนข้างหน้า						
ไม่คิดจะเลิก	0	0	0	0	0	0
คิดจะเลิก	13	68.4	7	70.0	20	69.0
ไม่แน่ใจ	6	31.6	3	30.0	9	31.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.4.2 แบบแผนการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12 -13 ปี ร้อยละ 44.4 รองลงมาคืออายุ 14 – 15 ปี ร้อยละ 31.1 โดยเหตุผลในการสูบบุหรี่ คือ อยากลอง ร้อยละ 75.6 รองลงมาคือ เพื่อนชวน ร้อยละ 37.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12 -13 ปี ร้อยละ 45.5 รองลงมาคืออายุ 14 – 15 ปี ร้อยละ 33.3 โดยเหตุผลในการสูบบุหรี่ คือ อยากลอง ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือ เพื่อนชวน ร้อยละ 42.4 และกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12 -13 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมาคืออายุ 14 – 15 ปี ร้อยละ 25.0 โดยเหตุผลในการสูบบุหรี่ คือ อยากลอง ร้อยละ 91.7 รองลงมาคือ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 33.3

ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ น้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 73.3 และมากกว่า 30 วัน ร้อยละ 26.7 ส่วนระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง น้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 84.8 และมากกว่า 30 วัน ร้อยละ 15.2 และ

ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง น้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 41.7 และมากกว่า 30 วัน ร้อยละ 58.3

จำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบในช่วง 30 วัน น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ 2 – 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 33.3 และสูบ 6 - 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 2.2 ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงสูบในช่วง 30 วัน น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือ 2 – 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 30.3 และสูบ 6 - 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 3.0 และจำนวนมวนบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงสูบในช่วง 30 วัน พบว่า มีอัตราที่เท่าๆ กันคือ น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน และ 2 – 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 41.7 และสูบ 1 มวนต่อวัน ร้อยละ 16.7

เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยากเลิกเอง ร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ กลัวเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.0 และบางส่วนไม่มีเงินซื้อ ร้อยละ 2.2 ส่วนเหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง พบว่า ส่วนใหญ่อยากเลิกเอง ร้อยละ 60.6 รองลงมา คือ กลัวเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.2 และเหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง พบว่า ส่วนใหญ่อยากเลิกเอง ร้อยละ 50.0 รองลงมามีเหตุผลที่เท่าๆ กัน คือ ผู้ปกครองห้ามและกลัวเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.7 (ดังตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง		ทั้งหมด	
	จำนวน (คน) (n = 33)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 12)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 45)	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่						
อายุน้อยกว่า 9 ปี	2	6.1	2	16.7	4	8.9
อายุ 10-11 ปี	5	15.2	2	16.7	7	15.6
อายุ 12-13 ปี	15	45.4	5	41.6	20	44.4
อายุ 14-15 ปี	11	33.3	3	25.0	14	31.1

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ		โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ		ทั้งหมด	
	ระดับทอง		ระดับทองแดง			
	สุขภาพ		สุขภาพ			
	จำนวน (คน) (n = 33)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 12)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n = 45)	ร้อยละ
เหตุผลในการสูบบุหรี่ *						
เพื่อนชวน	14	42.4	3	25.0	17	37.8
อยากลอง	23	69.7	11	91.7	34	75.6
เพื่อผ่อนคลายความเครียด	3	9.1	4	33.3	7	15.6
แสดงความเป็นผู้ใหญ่	2	6.1	1	8.3	3	6.7
เพื่อดึงดูดใจเพศตรงข้าม	1	3.0	1	8.3	2	4.4
เลียนแบบผู้อื่น	3	9.1	1	8.3	4	8.9
ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ (วัน)						
น้อยกว่า 30 วัน	28	84.8	5	41.7	33	73.3
มากกว่า 30 วัน	5	15.2	7	58.3	12	26.7
มวนบุหรี่ที่สูบ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา						
น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน	18	54.5	5	41.7	23	51.1
1 มวนต่อวัน	4	12.1	2	16.7	6	13.3
2-5 มวนต่อวัน	10	30.3	5	41.7	15	33.3
6-10 มวน	1	3.0	0	0	1	2.2
เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่						
อยากเลิกเอง	20	60.6	6	50.0	26	57.8
ผู้ปกครองห้าม	1	3.0	2	16.7	3	6.7
ถูกครูทำโทษ	3	9.1	1	8.3	4	8.9
ไม่มีเงินซื้อ	0	0	1	8.3	1	2.2
กลัวเป็นโรคจากการสูบบุหรี่	7	21.2	2	16.7	9	20.0
อื่นๆ	2	6.1	0	0	2	4.4

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับ ความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความรู้ เจตคติ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้

นโยบายสุขภาพของโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียนไม่ครบถ้วน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 80.1 และ ร้อยละ 56.6 ตามลำดับ)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p = 0.005$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ไม่ครบถ้วน มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่ากลุ่มที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 64.4 และร้อยละ 80.2 ตามลำดับ)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียนไม่ครบถ้วน มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 80.1 และ ร้อยละ 56.6 ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์กับชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p = 0.002$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีความสัมพันธ์กับชุมชน แต่ไม่ครบถ้วน มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับชุมชน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 64.4 และร้อยละ 80.2 ตามลำดับ)

การจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีการจัดการเรียนการสอนไม่ครบถ้วน มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีการจัดการเรียนการสอน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 80.1 และ ร้อยละ 56.6 ตามลำดับ)

บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีบริการสุขภาพไม่ครบถ้วน มีความรู้

เกี่ยวกับบุหรืออยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่ากลุ่มที่มีบริการสุขภาพ ครอบคลุมสมบูรณ์ (ร้อยละ 56.4 และ ร้อยละ 80.4 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้

ปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ความรู้			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน				< 0.001
ไม่ครอบคลุม	193(80.1)	47(19.5)	1(0.4)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	137(56.6)	99(40.9)	6(2.5)	
มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน				0.005
ไม่ครอบคลุม	233(64.4)	123(34.0)	6(1.7)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	97(80.2)	23(19.0)	1(0.8)	
มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน				< 0.001
ไม่ครอบคลุม	193(80.1)	47(19.5)	1(0.4)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	137(56.6)	99(40.9)	6(2.5)	
มีความสัมพันธ์กับชุมชน				0.002
ไม่ครอบคลุม	233(64.4)	123(34.0)	7(1.9)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	97(80.2)	23(19.0)	0(0.0)	
มีการจัดการเรียนการสอน				< 0.001
ไม่ครอบคลุม	193(80.1)	47(19.5)	1(0.4)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	137(56.6)	99(40.9)	6(2.5)	
มีบริการสุขภาพ				< 0.001
ไม่ครอบคลุม	137(56.4)	99(40.7)	7(2.9)	
ครอบคลุม สมบูรณ์	193(80.4)	47(19.6)	0(0.0)	
องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				< 0.001
2-3 องค์ประกอบ	193(80.1)	47(19.5)	1(0.4)	
4 องค์ประกอบ	137(56.6)	99(40.9)	6(2.5)	

3.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ

ความสัมพันธ์กับชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ($p = 0.027$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีความสัมพันธ์กับชุมชน ครอบคลุมสมบุรณ์ มีเจตคติเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดี มากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับชุมชน ไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 66.9 และร้อยละ 64.3 ตามลำดับ)

บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ($p = 0.005$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีบริการสุขภาพไม่ครอบคลุม มีเจตคติเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดี มากกว่ากลุ่มที่มีบริการสุขภาพ ครอบคลุมสมบุรณ์ (ร้อยละ 71.2 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน และการจัดการเรียนการสอน รวมถึงองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน (ดังตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	เจตคติ			p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน				0.443
ไม่ครอบคลุม	11(4.6)	75(31.1)	155(64.3)	
ครอบคลุม สมบุรณ์	6(2.5)	74(30.6)	162(66.9)	
มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน				0.216
ไม่ครอบคลุม	10(2.8)	116(32.0)	236(65.2)	
ครอบคลุม สมบุรณ์	7(5.8)	33(27.3)	81(66.9)	
มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน				0.443
ไม่ครอบคลุม	11(4.6)	75(31.1)	155(64.3)	
ครอบคลุม สมบุรณ์	6(2.5)	74(30.6)	162(66.9)	
มีความสัมพันธ์กับชุมชน				0.027
ไม่ครอบคลุม	15(4.1)	101(27.8)	247(68.0)	
ครอบคลุม สมบุรณ์	2(1.7)	48(40.0)	70(58.3)	

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ (ต่อ)

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	เจตคติ			p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
มีการจัดการเรียนการสอน				0.443
ไม่ครบถ้วน	11(4.6)	75(31.1)	155(64.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	6(2.5)	74(30.6)	162(66.9)	
มีบริการสุขภาพ				0.005
ไม่ครบถ้วน	11(4.5)	59(24.3)	173(71.2)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	6(2.5)	90(37.5)	144(60.0)	
องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				0.443
2-3 องค์ประกอบ	11(4.6)	75(31.1)	155(64.3)	
4 องค์ประกอบ	6(2.5)	74(30.6)	162(66.9)	

3.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับทักษะการตัดสินใจ

นโยบายสุขภาพของโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน ไม่ครบถ้วน มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับบุหรี่ยูในระดับสูง มากกว่ากลุ่มที่มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ($p = 0.040$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียนไม่ครบถ้วน มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับบุหรี่ยูในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 18.0 และร้อยละ 27.3 ตามลำดับ)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียนไม่ครบถ้วน มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับบุหรี่ยูในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มที่มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ)

การจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ($p = 0.040$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอน

แต่ไม่ครบถ้วน มีความรู้เกี่ยวกับบุหรือน้อยในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีการจัดการเรียนการสอนครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ)

องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียนแต่ไม่ครบถ้วน มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนครบถ้วนสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน คือ ความสัมพันธ์กับชุมชน และบริการสุขภาพ (ดังตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการตัดสินใจ

ปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ทักษะการตัดสินใจ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน				< 0.001
ไม่ครบถ้วน	64(26.6)	145(60.2)	32(13.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	34(14.0)	141(58.3)	67(27.7)	
มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน				0.040
ไม่ครบถ้วน	65(18.0)	216(59.7)	81(22.4)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	33(27.3)	70(57.9)	18(14.9)	
มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน				< 0.001
ไม่ครบถ้วน	64(26.6)	145(60.2)	32(13.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	34(14.0)	141(58.3)	67(27.7)	
มีความสัมพันธ์กับชุมชน				0.431
ไม่ครบถ้วน	77(21.2)	216(59.5)	70(19.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	21(17.5)	70(58.3)	29(24.2)	
มีการจัดการเรียนการสอน				0.040
ไม่ครบถ้วน	64(26.6)	145(60.2)	32(13.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	34(14.0)	141(58.3)	67(27.7)	

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการตัดสินใจ (ต่อ)

ปัจจัยองค์ประกอบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ทักษะการตัดสินใจ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีบริการสุขภาพ				0.348
ไม่ครบถ้วน	46(18.9)	141(58.0)	56(23.0)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	52(21.7)	145(60.4)	43(17.9)	
องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				< 0.001
2-3 องค์ประกอบ	64(26.6)	145(60.2)	32(13.3)	
4 องค์ประกอบ	34(14.0)	141(58.3)	67(27.7)	

3.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งนโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ รวมถึงองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของนักเรียน (ดังตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน				0.949
ไม่ครบถ้วน	109(45.2)	88(36.5)	44(18.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	113(46.7)	86(35.5)	43(17.8)	
มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน				0.549
ไม่ครบถ้วน	171(47.2)	129(35.6)	62(17.1)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	51(42.1)	45(37.2)	25(20.7)	

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีบริการสุขภาพ				0.348
ไม่ครบถ้วน	105(43.2)	89(36.6)	49(20.2)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	117(48.8)	85(35.4)	38(15.8)	
องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				0.949
2-3 องค์ประกอบ	109(45.2)	88(36.5)	44(18.3)	
4 องค์ประกอบ	113(46.7)	86(35.5)	43(17.8)	
มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน				0.949
ไม่ครบถ้วน	109(45.2)	88(36.5)	44(18.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	113(46.7)	86(35.5)	43(17.8)	
มีความสัมพันธ์กับชุมชน				0.662
ไม่ครบถ้วน	163(44.9)	132(36.4)	68(18.7)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	59(49.2)	42(35.0)	19(15.8)	
มีการจัดการเรียนการสอน				0.949
ไม่ครบถ้วน	109(45.2)	88(36.5)	44(18.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	113(46.7)	86(35.5)	43(17.8)	

3.5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งนโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ รวมถึงองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของนักเรียน (ดังตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับ ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ปัจจัยองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ทักษะการจัดการกับอารมณ์และ			p-value
	ความเครียด			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
มีนโยบายสุขภาพของโรงเรียน				0.413
ไม่ครบถ้วน	105 (43.6)	85 (35.3)	51 (21.2)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	95 (39.3)	84 (34.7)	63 (26.0)	
มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน				0.521
ไม่ครบถ้วน	151 (41.7)	130 (35.9)	81 (22.4)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	49 (40.5)	39 (32.2)	33 (27.3)	
มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน				0.413
ไม่ครบถ้วน	105 (43.6)	85 (35.3)	51 (21.2)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	95 (39.3)	84 (34.7)	63 (26.0)	
มีความสัมพันธ์กับชุมชน				0.384
ไม่ครบถ้วน	148 (40.8)	133 (36.3)	82 (22.6)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	52 (43.3)	36 (30.0)	32 (26.7)	
มีการจัดการเรียนการสอน				0.413
ไม่ครบถ้วน	105 (43.6)	85 (35.3)	51 (21.2)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	95 (39.3)	84 (34.7)	63 (26.0)	
มีบริการสุขภาพ				0.209
ไม่ครบถ้วน	92 (37.9)	87 (35.8)	64 (26.3)	
ครบถ้วน สมบูรณ์	108 (45.0)	82 (34.2)	50 (20.8)	
องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				0.413
2-3 องค์ประกอบ	105 (43.6)	85 (35.3)	51 (21.2)	
4 องค์ประกอบ	95 (39.3)	84 (34.7)	63 (26.0)	

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความรู้ เจตคติ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ด้วยตารางไขว้ และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

4.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้

4.1.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับความรู้

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่าเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำมากกว่าความรู้ของเพศหญิง (ร้อยละ 76.5 และร้อยละ 59.2 ตามลำดับ)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดี มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่อยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมาก (ร้อยละ 86.6 และ ร้อยละ 62.4 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุและชั้นปี (ดังตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับความรู้

ปัจจัยทางประชากร	ความรู้			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ				< 0.001
ชาย	195 (76.5)	57 (22.4)	3 (1.2)	
หญิง	135 (59.2)	89 (39.0)	4 (1.8)	
อายุ (ปี)				0.832
12	15 (65.2)	7 (30.4)	1 (4.3)	
13	103 (70.5)	42 (28.8)	1 (0.7)	
14	112 (65.5)	55 (32.2)	4 (2.3)	
15	94 (69.6)	40 (29.6)	1 (0.7)	
16	6 (75.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับความรู้ (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	ความรู้			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ชั้นปี				0.468
มัธยมศึกษาปีที่ 1	117 (71.8)	44 (27.0)	2 (1.2)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	103 (64.8)	52 (32.7)	4 (2.5)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	110 (68.3)	50 (31.1)	1 (0.6)	
ระดับผลการเรียน*				< 0.001
ดีมาก	227 (62.4)	131 (36.0)	6 (1.6)	
ดี	103 (86.6)	15 (12.6)	1 (0.8)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ขูบรวมระดับผลการเรียนดีและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.1.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี กับความรู้

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี ($p = 0.003$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรีอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี (ร้อยละ 83.0 และ ร้อยละ 64.8 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรีอยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี (ร้อยละ 79.8 และร้อยละ 62.2 ตามลำดับ)

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี ($p = 0.012$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการนับถือตนเองระดับต่ำ มีความรู้ต่ำมากกว่ากลุ่มที่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.1 และร้อยละ 56.2 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรีของกลุ่มตัวอย่าง คือ การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี และการได้รับสื่อ (ดังตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับความรู้

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	ความรู้			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่				0.214
ไม่มี	172(65.2)	87(33.0)	5(1.9)	
มี	158(72.1)	59(26.9)	2(0.9)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่				0.003
ไม่มี	252(64.8)	131(33.7)	6(1.5)	
มี	78(83.0)	15(16.0)	1(1.1)	
การได้รับสื่อ				0.244
ไม่ได้รับ	107(73.3)	38(26.0)	1(0.7)	
ได้รับ	223(66.2)	108(32.0)	6(1.8)	
การเข้าถึงบุหรี่				< 0.001
ไม่เคย	196(62.2)	113(35.9)	6(1.9)	
เคย	134(79.8)	33(19.6)	1(0.6)	
การนับถือตนเอง*				0.012
ระดับต่ำ	280(71.1)	110(27.9)	4(1.0)	
ระดับสูง	50(56.2)	36(40.4)	3(3.4)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยุบรวมระดับต่ำและปานกลาง

4.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับเจตคติ

4.2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับเจตคติ

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่าเพศหญิงมีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงมากกว่าเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ของเพศชาย (ร้อยละ 75.0 และ ร้อยละ 57.3 ตามลำดับ)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมาก มีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดี (ร้อยละ 73.1 และร้อยละ 42.9 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุและชั้นปี (ดังตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับเจตคติ

ปัจจัยทางประชากร	เจตคติ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ				< 0.001
ชาย	15 (5.9)	94 (36.9)	146 (57.3)	
หญิง	2 (0.9)	55 (24.1)	171 (75.0)	
อายุ (ปี)				0.258
12	0 (0.0)	6 (26.1)	17 (73.9)	
13	4 (2.7)	35 (24.0)	107 (73.3)	
14	7 (4.1)	61 (35.7)	103 (60.2)	
15	6 (4.4)	46 (34.1)	83 (61.5)	
16	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	
ชั้นปี				0.105
มัธยมศึกษาปีที่ 1	3 (1.8)	41 (25.2)	119 (73.0)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	8 (5.0)	50 (31.4)	101 (63.5)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	6 (3.7)	58 (36.0)	97 (60.2)	
ระดับผลการเรียน*				< 0.001
ดีมาก	6 (1.6)	92 (25.3)	266 (73.1)	
ดี	11 (9.2)	57 (47.9)	51 (42.9)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยอมรับและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.2.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับเจตคติ

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.032$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.0 และร้อยละ 63.9 ตามลำดับ)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.0 และร้อยละ 43.6 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ มีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ (ร้อยละ 72.7 และร้อยละ 52.4 ตามลำดับ)

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนที่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับสูง มีเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มที่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 88.8 และร้อยละ 60.4 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ การได้รับสื่อ (ดังตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับเจตคติ

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	เจตคติ			p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่				0.032
ไม่มี	4 (1.5)	83 (31.4)	177 (67.0)	
มี	13 (5.9)	66 (30.1)	140 (63.9)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่				< 0.001
ไม่มี	7 (1.8)	106 (27.2)	276 (71.0)	
มี	10 (10.6)	43 (45.7)	41 (43.6)	
การได้รับสื่อ				0.835
ไม่ได้รับ	6 (4.1)	43 (29.5)	97 (66.4)	
ได้รับ	11 (3.3)	106 (31.5)	220 (65.3)	
การเข้าถึงบุหรี่				< 0.001
ไม่เคย	2 (0.6)	84 (26.7)	229 (72.7)	
เคย	15 (8.9)	65 (38.7)	88 (52.4)	
การนับถือตนเอง*				< 0.001
ระดับต่ำ	16 (4.1)	140 (35.5)	238 (60.4)	
ระดับสูง	1 (1.1)	9 (10.1)	79 (88.8)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ชุบรวมระดับต่ำและปานกลาง

4.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับทักษะการตัดสินใจ

4.3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากรกับทักษะการตัดสินใจ

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.058$) โดยพบว่าเพศหญิงมีทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูงมากกว่าทักษะการตัดสินใจของเพศชาย (ร้อยละ 23.7 และร้อยละ 17.6 ตามลำดับ)

อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.009$) โดยพบว่าอายุ 12 ปีมีทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูงมากกว่าอายุอื่นๆ (ร้อยละ 39.1)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมาก มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดี (ร้อยละ 23.1 และร้อยละ 12.6 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง คือ ชั้นปี (ดังตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการตัดสินใจ

ปัจจัยทางประชากร	ทักษะการตัดสินใจ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ				0.058
ชาย	61 (23.9)	149 (58.4)	45 (17.6)	
หญิง	37 (16.2)	137 (60.1)	54 (23.7)	
อายุ (ปี)				0.009
12	1 (4.3)	13 (56.5)	9 (39.1)	
13	27 (18.5)	80 (54.8)	39 (26.7)	
14	40 (23.4)	96 (56.1)	35 (20.5)	
15	29 (21.5)	92 (68.1)	14 (10.4)	
16	1 (12.5)	5 (62.5)	2 (25.0)	

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการตัดสินใจ (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	ทักษะการตัดสินใจ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ชั้นปี				0.172
มัธยมศึกษาปีที่ 1	27 (16.6)	94 (57.7)	42 (25.8)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	36 (22.6)	91 (57.2)	32 (20.1)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	35 (21.7)	101 (62.7)	25 (15.5)	
ระดับผลการเรียน*				< 0.001
ดีมาก	56 (15.4)	224 (61.5)	84 (23.1)	
ดี	42 (35.3)	62 (52.1)	15 (12.6)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยูบรวมติและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.3.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับทักษะการตัดสินใจ

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.005$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 24.2 และร้อยละ 16.0 ตามลำดับ)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ร้อยละ 23.7 และร้อยละ 7.4 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ (ร้อยละ 24.8 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง คือ การนับถือตนเอง และการได้รับสื่อ (ดังตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับทักษะการตัดสินใจ

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	ทักษะการตัดสินใจ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่				0.005
ไม่มี	41 (15.5)	159 (60.2)	64 (24.2)	
มี	57 (26.0)	127 (58.0)	35 (16.0)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่				< 0.001
ไม่มี	59 (15.2)	238 (61.2)	92 (23.7)	
มี	39 (41.5)	48 (51.1)	7 (7.4)	
การได้รับสื่อ				0.797
ไม่ได้รับ	32 (21.9)	86 (58.9)	28 (19.2)	
ได้รับ	66 (19.6)	200 (59.3)	71 (21.1)	
การเข้าถึงบุหรี่				< 0.001
ไม่เคย	40 (12.7)	197 (62.5)	78 (24.8)	
เคย	58 (34.5)	89 (53.0)	21 (12.5)	
การนับถือตนเอง*				0.062
ระดับต่ำ	90 (22.8)	226 (57.4)	78 (19.8)	
ระดับสูง	8 (9.0)	60 (67.4)	21 (23.6)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ขวบรวมระดับต่ำและปานกลาง

4.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

4.4.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากรกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) โดยพบว่าเพศหญิงมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับสูงมากกว่าทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของเพศชาย (ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 11.8 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ ชั้นปี และระดับผลการเรียน (ดังตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรืกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยทางประชากร	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ				< 0.001
ชาย	142 (55.7)	83 (32.5)	30 (11.8)	
หญิง	80 (35.1)	91 (39.9)	57 (25.0)	
อายุ (ปี)				0.507
12	11 (47.8)	6 (26.1)	6 (26.1)	
13	66 (45.2)	55 (37.7)	25 (17.1)	
14	73 (42.7)	64 (37.4)	34 (19.9)	
15	70 (51.9)	46 (34.1)	19 (14.1)	
16	2 (25.0)	3 (37.5)	3 (37.5)	
ชั้นปี				0.499
มัธยมศึกษาปีที่ 1	68 (41.7)	64 (39.3)	31 (19.0)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	71 (44.7)	58 (36.5)	30 (18.9)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	83 (51.6)	52 (32.3)	26 (16.1)	
ระดับผลการเรียน*				0.173
ดีมาก	156(42.9)	137(37.6)	71(19.5)	
ดี	66 (55.5)	37 (31.1)	16 (13.4)	

* หมายถึง การคำนวณค่า X^2 ยอมรับดีและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.4.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p = 0.010$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 42.7 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี (ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 10.1 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง คือ การนับถือตนเอง การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี และการได้รับสื่อ (ดังตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี กับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี	ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี				0.468
ไม่มี	121 (45.8)	100 (37.9)	43 (16.3)	
มี	101 (46.1)	74 (33.8)	44 (20.1)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี				0.010
ไม่มี	166 (42.7)	151 (38.8)	72 (18.5)	
มี	56 (59.6)	23 (24.5)	15 (16.0)	
การได้รับสื่อ				0.468
ไม่ได้รับ	73 (50.0)	50 (34.2)	23 (15.8)	
ได้รับ	149 (44.2)	124 (36.8)	64 (19.0)	
การเข้าถึงบุหรี				< 0.001
ไม่เคย	120 (38.1)	125 (39.7)	70 (22.2)	
เคย	102 (60.7)	49 (29.2)	17 (10.1)	
การนับถือตนเอง*				0.230
ระดับต่ำ	185 (46.9)	139 (35.3)	70 (17.8)	
ระดับสูง	37 (41.6)	35 (39.3)	17 (19.1)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยุบรวมระดับต่ำและปานกลาง

4.5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

4.5.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร กับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.044$) โดยพบว่าเพศหญิงมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับสูงมากกว่าทักษะการตัดสินใจของเพศชาย (ร้อยละ 25.4 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ)

ชั้นปี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.003$) โดยพบว่ามัธยมศึกษาปีที่ 1 มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับสูงมากกว่าทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของชั้นปีอื่นๆ (ร้อยละ 31.9)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p=0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมาก มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดี (ร้อยละ 25.3 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ (ดังตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ปัจจัยทางประชากร	ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ				0.044
ชาย	119 (46.7)	80 (31.4)	56 (22.0)	
หญิง	81 (35.5)	89 (39.0)	58 (25.4)	
อายุ (ปี)				0.238
12	7 (30.4)	9 (39.1)	7 (30.4)	
13	54 (37.0)	53 (36.3)	39 (26.7)	
14	82 (48.0)	53 (31.0)	36 (21.1)	
15	54 (40.0)	53 (39.3)	28 (20.7)	
16	3 (37.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ชั้นปี				0.003
มัธยมศึกษาปีที่ 1	57 (35.0)	54 (33.1)	52 (31.9)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	80 (50.3)	57 (35.8)	22 (13.8)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	63 (39.1)	58 (36.0)	40 (24.8)	
ระดับผลการเรียน*				0.001
ดีมาก	134 (36.8)	138 (37.9)	92 (25.3)	
ดี	66 (55.5)	31 (26.1)	22 (18.4)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยุบรวมดีและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.5.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 24.6 และร้อยละ 22.4 ตามลำดับ)

การได้รับสื่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการได้รับสื่อ มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการได้รับสื่อ (ร้อยละ 43.9 และร้อยละ 39.6 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ (ร้อยละ 27.9 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ)

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.010$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการนับถือตนเองระดับต่ำ มีทักษะการจัดการ

กับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีการนับถือตนเองระดับสูง (ร้อยละ 43.9 และร้อยละ 30.3 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ดังตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่				0.007
ไม่มี	93 (35.2)	106 (40.2)	65 (24.6)	
มี	107 (48.9)	63 (28.8)	49 (22.4)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่				0.063
ไม่มี	151 (38.8)	142 (36.5)	96 (24.7)	
มี	49 (52.1)	27 (28.7)	18 (19.1)	
การได้รับสื่อ				0.007
ไม่ได้รับ	52 (35.6)	46 (31.5)	48 (32.9)	
ได้รับ	148 (43.9)	123 (36.5)	66 (19.6)	
การเข้าถึงบุหรี่				< 0.001
ไม่เคย	106 (33.7)	121 (38.4)	88 (27.9)	
เคย	94 (56.0)	48 (28.6)	26 (15.5)	
การนับถือตนเอง*				0.010
ระดับต่ำ	173 (43.9)	142 (36.0)	79 (20.1)	
ระดับสูง	27 (30.3)	27 (30.3)	35 (39.3)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ขุนรวมระดับต่ำและปานกลาง

4.6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.001$) โดยพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูงมากกว่าพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของเพศหญิง (ร้อยละ 9.4 และร้อยละ 2.2 ตามลำดับ)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมาก (ร้อยละ 16.8 และร้อยละ 2.5 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ และชั้นปี (ดังตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยทางประชากร	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		P-value
	ไม่สูบ (454 คน)	สูบ (29 คน)	
เพศ			0.001
ชาย	231 (90.6)	24 (9.4)	
หญิง	223 (97.8)	5 (2.2)	
อายุ (ปี)			0.236
12	22 (95.7)	1 (4.3)	
13	140 (95.9)	6 (4.1)	
14	155 (90.6)	16 (9.4)	
15	129 (95.6)	6 (4.4)	
16	8 (100.0)	0 (0.0)	
ชั้นปี			0.077
มัธยมศึกษาปีที่ 1	155 (95.1)	8 (4.9)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	144 (90.6)	15 (9.4)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	155 (96.3)	6 (3.7)	

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		P-value
	ไม่สูบ (454 คน)	สูบ (29 คน)	
ระดับผลการเรียน*			< 0.001
ดีมาก	355 (97.5)	6 (2.5)	
ดี	99 (83.2)	20 (16.8)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยุบรวมดีและเกณฑ์ขั้นต่ำ

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.008$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 9.1 และร้อยละ 3.4 ตามลำดับ)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ร้อยละ 19.1 และร้อยละ 2.8 ตามลำดับ)

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้าถึงบุหรี่ (ร้อยละ 15.5 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ)

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.045$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการนับถือตนเองระดับต่ำ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงมากกว่ากลุ่มที่มีการนับถือตนเองระดับสูง (ร้อยละ 7.1 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ การได้รับสื่อ (ดังตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		P-value
	ไม่สูบ (454 คน)	สูบ (29 คน)	
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่			0.008
ไม่มี	255 (96.6)	9 (3.4)	
มี	199 (90.9)	20 (9.1)	
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่			< 0.001
ไม่มี	378 (97.2)	11 (2.8)	
มี	76 (80.9)	18 (19.1)	
การได้รับสื่อ			0.607
ไม่ได้รับ	136 (93.2)	10 (6.8)	
ได้รับ	318 (94.4)	19 (5.6)	
การเข้าถึงบุหรี่			< 0.001
ไม่เคย	312 (99.0)	3 (1.0)	
เคย	142 (84.5)	26 (15.5)	
การนับถือตนเอง*			0.045
ระดับต่ำ	366 (92.9)	28 (7.1)	
ระดับสูง	88 (98.9)	1 (1.1)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ยุบรวมระดับต่ำและปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ด้วยตารางไขว้ และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.010$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับสูง ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.0)

เจตคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติระดับที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.8)

ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจระดับสูง ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.0)

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับสูง ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.5)

ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดระดับสูง ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.4) (ดังตารางที่ 32)

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		P-value
	ไม่สูบ (454 คน)	สูบ (29 คน)	
ความรู้*			0.010
ระดับต่ำ	304 (92.1)	26 (7.9)	
ระดับสูง	150 (98.0)	3 (2.0)	
เจตคติ			< 0.001
มีเจตคติที่ไม่ดี	12 (70.6)	5 (29.4)	
มีเจตคติปานกลาง	132 (88.6)	17 (11.4)	
มีเจตคติที่ดี	310 (97.8)	7 (2.2)	

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		P-value
	ไม่สูบ (454 คน)	สูบ (29 คน)	
ทักษะการตัดสินใจ			< 0.001
ระดับต่ำ	81 (82.7)	17 (17.3)	
ระดับปานกลาง	275 (96.2)	11 (3.8)	
ระดับสูง	98 (99.0)	1 (1.0)	
ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ*			< 0.001
ระดับต่ำ	197 (88.7)	25 (11.3)	
ระดับสูง	257 (98.5)	4 (1.5)	
การจัดการกับอารมณ์และความเครียด			< 0.001
ระดับต่ำ	179 (89.5)	21 (10.5)	
ระดับปานกลาง	164 (97.0)	5 (3.0)	
ระดับสูง	111 (97.4)	3 (2.6)	

* หมายถึง การคำนวณค่า χ^2 ชุบรวมระดับปานกลางและสูง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross – Sectional Survey Research) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 483 คน ได้ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆของการอภิปรายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรืกับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า มีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 483 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 เพศหญิง ร้อยละ 47.2 อายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี เป็นนักเรียนที่อยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 32.9 ตามลำดับโดยเป็นนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เพศชาย ร้อยละ 57.3 เพศหญิง ร้อยละ 42.7 อายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี เป็นนักเรียนที่อยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 34.4 รองลงมา คือ อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.2 และร้อยละ 32.4 ตามลำดับและเป็นนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.3 เพศหญิง ร้อยละ 51.7 อายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี เป็นนักเรียนที่อยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 35.1 รองลงมา คือ อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 32.6 และ ร้อยละ 32.2 ตามลำดับ

ระดับผลการเรียน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 32.1 มีระดับผลการเรียน 3.50 ขึ้นไป รองลงมาคือ กลุ่มที่มีระดับผลการเรียน 3.00 – 3.49 ร้อยละ 23.0 โดยระดับผลการเรียนของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 29.9 มีระดับผลการเรียน 2.50 – 2.99 รองลงมามีระดับผลการเรียน 3.00 – 3.49 ร้อยละ 24.1 และระดับผล

การเรียนของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.2 มีระดับผลการเรียน 3.50 ขึ้นไป รองลงมา มีระดับผลการเรียน 3.00 – 3.49 ร้อยละ 21.9

ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 50 บาท รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 50 บาท ร้อยละ 30.8 โดยค่าใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 50 บาท รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 50 บาท ร้อยละ 31.5 และค่าใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 50 บาท รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 50 บาท ร้อยละ 30.2

บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.3 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.3 มีบิดามารดาสูบบุหรี่ รองลงมา คือ ญาติ ร้อยละ 21.0 ได้แก่ น้าชาย ลุง ตา ปู่ ซึ่งบุคคลในครอบครัวของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดงสูบบุหรี่ ร้อยละ 54.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.2 มีบิดามารดาสูบบุหรี่ รองลงมา คือ ญาติ ร้อยละ 21.2 ได้แก่ น้าชาย ลุง ตา ปู่ และบุคคลในครอบครัวของนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดงสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.0 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.3 มีบิดามารดาสูบบุหรี่ รองลงมา คือ ญาติ ร้อยละ 20.7 ได้แก่ น้าชาย ลุง ตา ปู่

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.5 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ 10–19 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ น้อยกว่า 10 คน ร้อยละ 81.2 รองลงมา มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ 10 – 19 คน ร้อยละ 13.1 และกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ น้อยกว่า 10 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมา มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ 20 คนขึ้นไป ร้อยละ 16.0

การได้รับสื่อ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่หรือการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ ร้อยละ 69.8 โดยส่วนใหญ่พบเห็นจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 48.1 รองลงมา คือ พบเห็นจากภาพยนตร์ ร้อยละ 45.7 นอกจากนี้ยังมีการพบเห็นจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ ร้อยละ 7.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง มีการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่หรือการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ ร้อยละ 67.2 โดยส่วนใหญ่พบเห็นจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 42.0 รองลงมา คือ พบเห็นจากภาพยนตร์ ร้อยละ 39.5 และกลุ่มตัวอย่าง

ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดง มีการพบเห็นภาพการสูบบุหรี่หรือการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ ร้อยละ 72.3 โดยส่วนใหญ่พบเห็นจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ พบเห็นจากภาพยนตร์ ร้อยละ 51.4

กลุ่มตัวอย่างมีการได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.4 โดยส่วนใหญ่ได้พบหรือได้ยินจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ ได้ยินจากวิทยุ ร้อยละ 49.8 นอกจากนี้ยังมีการพบเห็นจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ การ์ตูน ร้อยละ 0.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดงได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 โดยส่วนใหญ่ได้พบหรือได้ยินจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 77.3 รองลงมา คือ ได้ยินจากวิทยุ ร้อยละ 48.9 และกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดงได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.1 โดยส่วนใหญ่ได้พบหรือได้ยินจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ พบเห็นจากโปสเตอร์ ร้อยละ 54.7 นอกจากนี้ยังมีการพบเห็นจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ การ์ตูน ร้อยละ 0.9

กลุ่มตัวอย่างมีการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 94.4 โดยส่วนใหญ่ได้เห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ว่า “ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” ร้อยละ 74.6 รองลงมา คือ “ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด” ร้อยละ 72.8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดง มีการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 97.1 โดยส่วนใหญ่ได้เห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ว่า “ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” ร้อยละ 71.8 รองลงมา คือ “ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด” ร้อยละ 70.9 และกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดง มีการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 97.1 โดยส่วนใหญ่ได้เห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ว่า “ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” ร้อยละ 77.5 รองลงมา คือ “ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด” ร้อยละ 74.8

การเข้าถึงบุหรี่ ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการซื้อบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพในการซื้อบุหรี่ ร้อยละ 34.8 โดยส่วนใหญ่ซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 76.8 โดยซื้อบุหรี่ทั้งซอง ร้อยละ 60.5 และซื้อบุหรี่เป็นมวน ร้อยละ 39.5 ซึ่งประสิทธิภาพการซื้อบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดง มีประสิทธิภาพในการซื้อบุหรี่ ร้อยละ 46.9 โดยส่วนใหญ่มีประสิทธิผลซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 80.5 โดยซื้อบุหรี่ทั้งซอง ร้อยละ 57.1 และซื้อบุหรี่เป็นมวน ร้อยละ 42.9 และประสิทธิภาพการซื้อบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดทองแดง มีประสิทธิภาพในการซื้อบุหรี่ ร้อยละ 22.7 โดยส่วนใหญ่มีประสิทธิผลซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 69.1 โดยซื้อบุหรี่ทั้งซอง ร้อยละ 68.4 และซื้อบุหรี่เป็นมวน ร้อยละ 31.6

ราคานูหรีที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.8 คิดว่านูหรีมีราคาแพง แต่สามารถซื้อได้ โดยกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองและกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดง คิดว่านูหรีมีราคาแพง แต่สามารถหาซื้อได้ ร้อยละ 76.3 และร้อยละ 63.2 ตามลำดับ ซึ่งแม้จะมีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามาตรการการขึ้นภาษีนูหรีที่ทำให้นูหรีมีราคาแพงขึ้น เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการควบคุมการสูบบุหรี่ของเยาวชน แต่เยาวชนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.8 ก็ยังเห็นว่าแม้นูหรีมีราคาแพง แต่สามารถซื้อได้ และรองลงมาร้อยละ 15.9 คิดว่าไม่แพง ดังนั้นประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องใช้มาตรการด้านภาษีให้นูหรีมีราคาแพงกว่านี้ เพื่อให้นักเรียนไม่สามารถเข้าถึงนูหรีได้ง่าย

การมีร้านค้าจำหน่ายนูหรีตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.5 ทราบว่ามีร้านค้าจำหน่ายนูหรี โดยกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองทราบว่าร้านค้าจำหน่ายนูหรีตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร ร้อยละ 53.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัตทองแดงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าร้านค้าจำหน่ายนูหรีตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร ร้อยละ 49.6 ซึ่งการที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การซื้อนูหรี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 34.8 แสดงให้เห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ไม่เป็นจริง เพราะสารสำคัญข้อที่ 1 กำหนดว่า ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้ว่าผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท

ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ มีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 483 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 เพศหญิง ร้อยละ 47.2 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี โดยเป็นนักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 32.9 ตามลำดับ

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับนูหรีอยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 68.4) มีเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 65.6) มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.2) มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.0) มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.4) และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.7)

รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 9.3) และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 6.0

สำหรับแบบแผนการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12-13 ปี (ร้อยละ 44.8) โดยในช่วง 30 วันที่ผ่านมา สูบบุหรี่ 1-2 วัน (ร้อยละ 38.0) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในช่วง 30 วัน คือ 1 มวนต่อวัน (ร้อยละ 38.0) โดยได้บุหรี่มาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 82.8) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการซื้อบุหรี่ด้วยตนเองจากร้านขายของชำ ถึง ร้อยละ 62.1 โดยส่วนใหญ่ซื้อเป็นมวน (ร้อยละ 88.9) และพบว่าสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านเพื่อน (ร้อยละ 44.8) ส่วนการสูบบุหรี่ประเภทอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ไมล์ด โลท์ (ร้อยละ 13.8) บุหรี่ซุรส เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต (ร้อยละ 17.2) และ บาราгут หรือสูก้า (ร้อยละ 3.4) สำหรับความคิดเห็นในการเลิกบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า มีร้อยละเท่ากันคือ ร้อยละ 69.0

ข้อค้นพบเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ (รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรุณฯ แหยมแสง, 2539: 23-59; สมชัย ชื่นตา, 2528: 74-83) ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในการศึกษานี้จะครอบคลุมมากกว่า การถามความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ นอกจากนั้นแม้ว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 84.7 แต่ก็มีกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันถึง ร้อยละ 6.0 และมีแบบแผนการสูบบุหรี่ที่น่าเป็นห่วงทั้งเรื่องการซื้อบุหรี่ด้วยตนเองที่ร้านชำถึงร้อยละ 62.1 และซื้อแบบแยกมวน ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิด พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมทั้งการเคยสูบบุหรี่ไมล์ด โลท์ และบุหรี่ ซุรส ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้ห้ามจำหน่ายแล้ว ดังนั้นจึงเกิดข้อคำถามว่านักเรียนเหล่านี้ได้บุหรี่เถื่อนมาจากที่ใด งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ ตำนักควบคุมยาสูบกระทรวงสาธารณสุข จะต้องให้ความจริงจังในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย ที่ตั้งเป้าที่กลุ่มเยาวชนอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นการที่พบข้อมูลว่านักเรียนที่สูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่มีความคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าถึงร้อยละ 69.0 นับเป็นแนวโน้มที่ดีที่โรงเรียนจะจัดโปรแกรม เพื่อช่วยเหลือนักเรียนเหล่านี้ให้เลิกบุหรี่ เพราะถือได้ว่านักเรียนมีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ของปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้ พบว่า องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน

สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และความสัมพันธ์กับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนที่มีปัจจัยทางองค์ประกอบครบถ้วนสมบูรณ์ จะมีความรู้ดีกว่าโรงเรียนที่มีปัจจัยทางองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ครบถ้วน ดังนั้นหากกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องส่งเสริมให้โรงเรียนต่างๆ มีการพัฒนาองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดส่งผลให้นักเรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาญญา โกมุททวงศ์ (2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้และภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรสนับสนุนให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการกำหนดนโยบาย โดยเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง และควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกัน ทั้งผู้บริหารโรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน โดยเป็นนโยบายที่จะนำนักเรียนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อให้นักเรียนได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยควรส่งเสริมการเรียนการสอนในเรื่องบุหรี่ให้มากขึ้นทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร เพื่อให้เด็กมีความรู้และความเข้าใจถึงพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ พบว่ามีเพียงปัจจัยความสัมพันธ์กับชุมชน และบริการสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ($p = 0.027$ และ $p = 0.005$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพครบถ้วนสมบูรณ์ มีเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนดีกว่าโรงเรียนที่มีองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไม่ครบถ้วน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณ หล่อโลหการ (2544: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการจัดให้มีบริการสุขภาพทำให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรินทร์ ตั้งการกิจ (2542: 88-89, 92-93) ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของนักเรียน ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนเจตคติของนักเรียนจึงจำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้งเรื่องกำหนดหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับทักษะการตัดสินใจ พบว่านโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน และการจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะ

การตัดสินใจของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยวดี โกลโพธิ์ (2543: v) ที่พบว่านักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการกำหนดหลักสูตรการสอนทักษะชีวิตในเรื่องที่เกี่ยวข้องบุหรี่ให้แก่ นักเรียน รวมทั้งมีกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้ นักเรียนมีทักษะชีวิตได้แก่ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด เพื่อให้ นักเรียนสามารถป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลต่อไปนี้

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.058$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.044$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.001$) โดยพบว่าส่วนใหญ่เพศชายมีปัจจัยส่วนบุคคลต่ำกว่าเพศหญิงทั้งในด้านความรู้ และเจตคติ เช่นเดียวกับทักษะการตัดสินใจและทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ของเพศชายที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเพศหญิง ซึ่งจากสถิติการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพศชายเป็นเพศที่มีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสูบบุหรี่ โดยเน้นหนักสำหรับเพศชายเพิ่มมากขึ้น

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.001$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับผลการเรียนดีมากจะมีความรู้ เจตคติที่เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนดีและอยู่ในเกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย สุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ดันติเกตุ (2540: 15) และอรัญญ์ ลิ้มตระกูล (2534: ก-ข) ที่พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนดีนั้นมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนไม่ดี ดังนั้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนในเรื่องบุหรี่ โดยอาจจะแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มเติมในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้งเจตคติ ($p = 0.032$) ทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.005$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.008$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จะมีเจตคติ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ บิดา และญาติ ได้แก่ ลุง น้ำ อา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน (สุพัสชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540: บทคัดย่อ; ชูชัย สุภวงค์, สุภกร บัวสาย และนวนอนันต์ ตันติเกตุ, 2540: 18; รัญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรนุช แหยมแสง (2539: 23-59); และ ภาวิณี วิสมล (2538: บทคัดย่อ) เพราะบุคคลในครอบครัวจะเป็นแบบอย่างของเยาวชน (Role Model) อีกทั้งการเห็นภาพการสูบบุหรี่ในครอบครัวอยู่เป็นประจำ จะทำให้เยาวชนเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ (Normalization) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นจะต้องรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่ เพราะ นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวได้รับควันบุหรี่มือสองแล้ว อีกทั้งยังเป็นการสร้างค่านิยมว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งปกติในสังคม (de-normalization)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้งความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.003$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p = 0.010$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความรู้ เจตคติ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ซึ่งเพื่อนสนิทของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่นั้นมีทั้งเพื่อนที่อยู่ในห้องเรียนเดียวกัน โรงเรียนเดียวกัน และกลุ่มเพื่อนที่อยู่บ้านใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน (ชัย สุภวงค์, สุภกร บัวสาย และนวนอนันต์ ตันติเกตุ, 2540: 18; ธิติ รัตนโชติ, 2539: 134-140 และนิพนธ์ กุลนิตย์, 2538: 79-80) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกระทรวงสาธารณสุข จึงควรจัดโครงการหรือกิจกรรมการเรียนการสอน หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตลอดจนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนห่างไกลจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งมีโปรแกรมช่วยเหลือนักเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

การได้รับสื่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการได้รับสื่อ มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 43.9) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับสื่อรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเคยเห็นภาพคำเตือนต่างๆ บนซองบุหรี่ มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีการได้รับสื่อต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย สุภวงษ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ, 2540: 15, 34-35 และ สุชาดา เมธีคุณาภรณ์ (2537: ก-ข, 8) ที่พบว่าการได้รับสื่อบุคคล และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการควบคุมยาสูบของเยาวชน จึงมีความจำเป็นต้องให้ความสนใจต่อการสร้างความตระหนักให้แก่เยาวชนผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสารมวลชนซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเยาวชน รวมทั้งการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เยาวชนมีความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและห่างไกลจากบุหรี่

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้งความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p < 0.001$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ เคยซื้อบุหรี่สูบ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีการเข้าถึงบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ กุลนิตย์ (2538: 79-80) ซึ่งพบว่า การที่รัฐสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศเข้ามาจำหน่าย ทำให้มีโอกาสเลือกได้มากกว่า ซึ่งมีลำดับความสำคัญเป็นอันดับสองของปัจจัยเชิงนโยบายของรัฐ และการที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายซึ่งมีลำดับความสำคัญมากที่สุดของปัจจัยเชิงธุรกิจการค้ามีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.012$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.010$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.045$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับสูงมีความรู้ เจตคติ ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร ธรรมทักษ์ (2004: บทคัดย่อ) พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความเครียดโดยรวมและการแสดงออกของความเครียดด้านร่างกาย วิตกกังวลนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และการซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ลักขณา เตมศิริกุลชัย, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2541: บทคัดย่อ, 59) พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มีการนับถือตนเองอยู่ในระดับปานกลางและในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (โดยมี p-value อยู่ระหว่าง $< 0.001 - 0.010$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยของ รัญจวน คำชิริพิทักษ์ และวรนุช แหยมแสง (2539: 23-59) และ สมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิติรัตน์โชติ (2539: 134-140) สมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) และวันเพ็ญ ไส้ไหม (2546: 108-119) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ไส้ไหม (2546: 108-119) เมมมอน (Maymon 1984: 222) และ โรเนอร์ และ มาร์ติน (Reiner Hanewinkel and Martin ABhauer, 2004: 125-137) ที่พบว่าทักษะชีวิตและทักษะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สูบบุหรี่ให้แก่เยาวชนนั้น จะต้องให้ความรู้ถึงพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การปลูกฝังเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ทุกเพศทุกวัย รวมทั้งการสร้างเสริมทักษะชีวิตที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากการไม่สูบบุหรี่ให้แก่เยาวชนอีกด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า

1. องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนนั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการตัดสินใจของนักเรียน ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายโดยเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง และควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกัน ทั้งผู้บริหารโรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน โดยเป็นนโยบายที่จะนำนักเรียนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อให้นักเรียนได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. ความสัมพันธ์ของชุมชนกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียนนั้นนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ในระดับต่ำ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของโรงเรียนกับชุมชน ในการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นควรมีการจัดทำอย่างต่อเนื่อง และควรมีการเน้นในเชิงเนื้อหาที่เกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากบุหรี่มากขึ้น
3. นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเรียนการสอนในเรื่องบุหรี่มากขึ้นทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร เพื่อให้ นักเรียนมีความรู้และ

ความเข้าใจถึงพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนการเน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม

4. ปัจจัยส่วนบุคคลในประเด็นการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมากที่สุด ดังนั้นการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนห่างไกลจากการสูบบุหรี่ และเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีกิจกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการมีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนให้เลิกบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่กระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนควรได้มีการพิจารณา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำการศึกษาลักษณะนี้ไปศึกษาเปรียบเทียบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัมมัชฌมตันและมัชฌมปลาย โดยศึกษาเปรียบเทียบในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัมทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง
2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้นักเรียนมีการเริ่มสูบบุหรี่
3. การทำวิจัยครั้งต่อไปอาจใช้รูปแบบหรือแนวคิดทฤษฎีทางสุขภาพอื่นๆเช่น PRECEED - PROCEED FRAMEWORK มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลในการอธิบายคุณลักษณะต่างๆหรือข้อมูลทางด้านพฤติกรรมเพิ่มเติมมากขึ้น

การดำเนินงานควบคุมยาสูบตามองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี

TOBACCO CONTROL BASED ON THE HEALTH PROMOTING SCHOOL COMPONENTS
AND SMOKING BEHAVIOR AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENTS IN UDONTHANI
PROVINCE

สุทธิดา นิ่มศรีกุล 4737470 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ลักษณะ เดิมศรีกุลชัย, ประ.ค., สุปรียา ตันสกุล, ค.ค.,
ภรณ์ วิวัฒนสมบูรณ์, ประ.ค., มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังและ
เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ
1,100 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 5 ล้านคน คาดว่าราว ปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้
สูบบุหรี่ในโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,600 ล้านคน ธนาคารโลกพบว่า ในแต่ละวันมีวัยรุ่นประมาณ 80,000
- 100,000 คนทั่วโลกเริ่มสูบบุหรี่ โดยพบในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวน 14,000 - 15,000 คน และ
ประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 68,000 - 84,000 คน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2548: 4)

สำหรับประเทศไทย พบว่าการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ถือเป็นภาระโรคอันดับที่ 2 ของคน
ไทยรองจากโรคเอดส์ ซึ่งโรคจากการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจ
และโรคมะเร็ง เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2535 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคทั้ง 2 เท่ากับ 62 คนต่อ
ประชากรหนึ่งแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 92 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 (มูลนิธิ
รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2548: 4)

อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2547 พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 12.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 11.36 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547 โดยอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ลดลงจากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 22.98 ในปี พ.ศ. 2547 เมื่อพิจารณาตามเพศของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าหญิงมากถึง 15 เท่า (ร้อยละ 38.8 และ ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549: 22) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่เป็นรายภาค พบว่า ภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่าภาคอื่น คือ ร้อยละ 22.5 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.2) ภาคเหนือ (ร้อยละ 20.6) ภาคกลาง (ร้อยละ 17.1) และ กรุงเทพมหานคร มีผู้สูบบุหรี่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 12.8) แต่ถ้าพิจารณาจำนวนของผู้สูบบุหรี่แล้ว พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด คือ 3.5 ล้านคน รองลงมาคือภาคกลาง (2.0 ล้านคน) ภาคเหนือ (1.89 ล้านคน) ภาคใต้ (1.36 ล้านคน) และกทม. (858,420 คน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ : 2547)

แต่ถ้าพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าประชากรในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง แต่หากเปรียบเทียบในปีการสำรวจล่าสุดคือ ปี พ.ศ. 2544 กับปี พ.ศ. 2547 พบว่าประชากรในทุกกลุ่มอายุมีการสูบบุหรี่ลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 15 – 18 ปี ที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ไม่ดีนัก เพราะแสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบที่เกิดขึ้น ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของอุตสาหกรรมยาสูบ

นอกจากนั้นการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุระหว่าง 15 – 24 ปี ถึงร้อยละ 84.0 รองลงมา คือ อายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 7.8) และอายุ 25 – 39 ปี (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 18.4 ปี และร้อยละ 72.9 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 มวน โดยผู้สูบบุหรี่จะเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อหรือสูบเฉลี่ยวันละ 10 – 13 บาท

สำหรับสาเหตุการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนส่วนใหญ่ เกิดจากการชักนำของเพื่อน และ หักสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน โดยร้อยละ 52 ของเยาวชนชายที่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยลองยาเสพติดมาก่อน ขณะที่ร้อยละ 19 ของเยาวชนชายที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยลองยาเสพติดมาก่อน และร้อยละ 60 ของเยาวชนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำทุกอาทิตย์ ขณะที่ร้อยละ 11 ของเยาวชนหญิงที่ไม่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2547, 5) ซึ่งจากการศึกษาของ ชูวลักษณ์ ชันอาสา (2541: 118-121) พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และความดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนได้

จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2534-2549 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น (เพิ่มจากร้อยละ 4.29 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 4.46 ในปี 2549) รองลงมา คือ อายุ 11-14 ปี (เพิ่มจากร้อยละ 0.20 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 0.22 ในปี 2549) และประชากรที่มีอายุ 11-14 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3 เท่า นอกจากนี้กลุ่มประชากรอายุ 11-14 ปี เป็นกลุ่มที่อยากลอง มีความอ่อนไหวง่ายกับการชักจูงของสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงประชากรโดยรวมของวัยนี้ที่อยู่ในเขตเทศบาล มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่น่าวิตกกังวล กว่าประชากรวัยเดียวกันที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) นอกจากนี้บุหรี่ยังก่อผลเสียต่อเยาวชนในหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสังคม พบว่า ในเยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 21.2 มีผลการศึกษาที่ไม่ดี โดยมีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่มีผลการศึกษาดี ซึ่งเยาวชนที่สูบบุหรี่มักมีพื้นฐานครอบครัวที่มีความกดดันและขาดความอบอุ่น มีสมาชิกในครอบครัวชอบดื่มเหล้าหรือเล่นการพนัน มีประวัติถูกตบตีหรือถูกทำร้ายภายในบ้าน และสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง ซึ่งบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2547: 5)

มาตรการสำคัญในการป้องกันเยาวชนมิให้สูบบุหรี่มาตรการหนึ่ง คือ การจัดกิจกรรมในโรงเรียน โดยใช้แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม 2541: 3) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และจากข้อมูลสถานการณ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 35,619 โรงเรียน แต่มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำนวน 31,386 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 88.1 โดยมีโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 28,801 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 80.9 และผลการประเมินในปี พ.ศ. 2547 พบว่า โรงเรียนที่ผ่านการประเมินมีจำนวน 12,688 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 35.6 ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด โดยแบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 3,205 โรงเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน จำนวน 4,609 โรงเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 4,874 โรงเรียน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: 2547)

การศึกษานี้ ศึกษาในโรงเรียนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากเป็นอันดับหนึ่งและอัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับสองของประเทศ โดยทำการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอยู่ในอันดับที่ 8 ของประเทศ คือ ร้อยละ 52.38 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2544) ทั้งนี้จากข้อมูลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ทุกโรงเรียนของระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ได้เข้าร่วม

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด จำนวน 922 โรงเรียน โดยแบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 501 โรงเรียนคิดเป็น ร้อยละ 54.34 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน จำนวน 160 โรงเรียนคิดเป็น ร้อยละ 17.35 และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 261 โรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 28.31 ส่วนสถานการณ์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีที่เป็นกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยศึกษานั้นพบว่า มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำนวน 15 โรงเรียน แบ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 11 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 4 โรงเรียน โดยไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน แม้ว่าจังหวัดอุดรธานีได้มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไปบ้างแล้ว แต่การศึกษาเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่แทบไม่มีการศึกษาเลย การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นเรื่ององค์ประกอบทางด้านนโยบายสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนสุขภาพ ได้แก่ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการ สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับ ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมัธยมศึกษาแบบสหศึกษาที่มีนักเรียนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในจังหวัดอุดรธานี กำหนดจำนวนตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วนของคาร์เนลลี (Daniel, 1987)

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 483 คน โดยเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 243 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 81 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 84 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 78 คน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน 240 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 78 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 82 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 80 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 2 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง 2 โรงเรียน จำนวน 500 คน ในเดือนมิถุนายน 2551 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้ตอบให้ข้อมูลที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุด โดยโรงเรียนเป็นผู้กำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละชั้นเรียน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่ตอบข้อคำถามครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 483 ชุด แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับ

บุหรี เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยแบบวัด 3 ส่วน คือ แบบวัดทักษะการตัดสินใจ แบบวัดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แบบวัดการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การนับถือตนเอง แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

ตัวแปรและการวัด ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน บริการสุขภาพ) และปัจจัยส่วนบุคคล **ส่วนตัวแปรตาม** ได้แก่ ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใช้สถิติ ChiSquare test

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 483 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 เพศหญิง ร้อยละ 47.2 อายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี เป็นนักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 32.9 ตามลำดับ

ความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 68.4) มีเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 65.6) มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.2) มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.0) มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.4) และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.7) รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 9.3) และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 6.0

สำหรับแบบแผนการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12 -13 ปี (ร้อยละ 44.8) โดยในช่วง 30 วันที่ผ่านมา สูบบุหรี่ 1 - 2 วัน (ร้อยละ 38.0) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในช่วง 30 วัน คือ 1 มวนต่อวัน (ร้อยละ 38.0) โดยได้บุหรืมาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 82.8) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการซื้อบุหรี่ด้วยตนเองจากร้านขายของชำ ถึง ร้อยละ 62.1 โดยส่วนใหญ่ซื้อเป็นมวน (ร้อยละ 88.9) และพบว่าสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านเพื่อน (ร้อยละ 44.8) ส่วนการสูบบุหรี่ประเภทอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบ บุหรี่ไมล์ด โลท์ (ร้อยละ 13.8) บุหรี่ซุรต เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต (ร้อยละ 17.2) และ บาราเก้ หรือสูก้า (ร้อยละ 3.4)สำหรับความคิดเห็นในการเลิกบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า มีร้อยละเท่ากันคือ ร้อยละ 69.0

ข้อค้นพบเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ (รัฐจวน คำศิริพิทักษ์ และวรุณ แหยมแสง, 2539: 23-59; สมชัย ชื่นตา, 2528: 74-83) ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในการศึกษานี้จะครอบคลุมมากกว่าการถามความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ นอกจากนั้นแม้ว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 84.7 แต่ก็มีกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันถึง ร้อยละ 6.0 และมีแบบแผนการสูบบุหรี่ที่น่าเป็นห่วงทั้งเรื่องการซื้อบุหรี่ด้วยตนเองที่ร้านชำถึงร้อยละ 62.1 และซื้อแบบแยกมวน ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมทั้งการเคยสูบบุหรี่ไมล์ด โลท์ และบุหรืซุรต ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้ห้ามจำหน่ายแล้ว ดังนั้นจึงเกิดข้อคำถามว่านักเรียนเหล่านี้ได้บุหรืเถื่อนมาจากที่ใด งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ สำนักควบคุมยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข จะต้องให้ความจริงจังในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายที่ดังเป๊าที่กลุ่มเยาวชนอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นการที่พบข้อมูลว่านักเรียนที่สูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่มีความคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าถึงร้อยละ 69.0 นับเป็นแนวโน้มที่ดีที่โรงเรียนจะจัดโปรแกรม เพื่อช่วยเหลือนักเรียนเหล่านี้ให้เลิกบุหรื เพราะถือได้ว่านักเรียนมีความพร้อมที่จะเลิกบุหรืได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับความรู้ พบว่า นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการเรียนการสอน และบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรืของนักเรียน

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ัญญา โกมุตทวงศ์ (2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้และภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรสนับสนุนให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายโดยเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง และควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกัน ทั้งผู้บริหารโรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน โดยเป็นนโยบายที่จะนำนักเรียนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อให้นักเรียนได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม และไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยควรส่งเสริมการเรียนการสอนในเรื่องบุหรี่ให้มากขึ้นทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร เพื่อให้นักเรียนมีความรู้และความเข้าใจถึงพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับเจตคติ พบว่ามีเพียงปัจจัยความสัมพันธ์กับชุมชน และบริการสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน (ที่ $p = 0.027$ และที่ $p = 0.005$ ตามลำดับ)

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณา หล่อโลหาร (2544: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการจัดให้มีบริการสุขภาพทำให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรินทร์ ตั้งการกิจ (2542: 88-89, 92-93) ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของนักเรียน ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนเจตคติของนักเรียนจึงจำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้งเรื่องกำหนดหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับทักษะการตัดสินใจ พบว่านโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน และการจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการตัดสินใจของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุติ โกลโพธิ์ (2543: v) ที่พบว่านักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลต่อไปนี้ไม่ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.058$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.044$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.001$)

ระดับผลการเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.001$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย สุภวงค์, สุภกร บัวสาย และนวนลอนันต์ ดันติเกตุ (2540: 15) และอรัญญ์ ลิ้มตระกูล (2534: ก-ข) ที่พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนดีนั้นมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนไม่ดี

การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้งเจตคติ ($p = 0.032$) ทักษะการตัดสินใจ ($p = 0.005$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.008$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน (สุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540: บทคัดย่อ; ชูชัย สุภวงค์, สุภกร บัวสาย และนวนลอนันต์ ดันติเกตุ, 2540: 18; รัญจวน คำจิรพิทักษ์ และวรุณ แหยมแสง (2539: 23-59); และ ภาวิณี วิสมล (2538: บทคัดย่อ) เพราะบุคคลในครอบครัวจะเป็นแบบอย่างของเยาวชน (Role Model) อีกทั้งการเห็นภาพการสูบบุหรี่ในครอบครัวอยู่เป็นประจำ จะทำให้เยาวชนเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ (Normalization) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นจะต้องรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่เพราะนอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวได้รับควันบุหรี่มือสองแล้ว ยังเป็นการทำสร้างค่านิยมว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งปกติในสังคม (de - normalization)

การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้งความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.003$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p = 0.010$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน (ชัย สุภวงค์, สุภกร บัวสาย และนวนลอนันต์ ดันติเกตุ, 2540: 18; ธิดิ รัตนโชติ, 2539: 134-140 และนิพนธ์ กุลนิษฐ์, 2538: 79-80) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกระทรวงสาธารณสุข จึงควรจัดโครงการหรือกิจกรรมการเรียนการสอน หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตลอดจนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ใน

โรงเรียน เพื่อให้นักเรียนห่างไกลจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งมีโปรแกรมช่วยเหลือนักเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

การเข้าถึงบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($p < 0.001$) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p < 0.001$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$)

การนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.012$) เจตคติ ($p < 0.001$) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.010$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p = 0.045$)

การได้รับสื่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ($p = 0.007$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีการได้รับสื่อ มีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 43.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย สุภวงส์, สุภกร บัวสาย และนวนอนันต์ ตันติเกตุ , 2540 : 15,34-35 และสุชาดา เมธิคุณภรณ์ (2537: ก-ข, 8) ซึ่งพบว่าการได้รับสื่อบุคคล และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องให้ความสนใจต่อการสร้างความตระหนักผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสารมวลชนซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเยาวชน รวมทั้งการไม่สูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พบว่าความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (โดยมี p -value อยู่ระหว่าง $< 0.001 - 0.010$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยของบุญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรรณุช แหยมแสง (2539: 23-59) และสมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิติรัตน์โชติ (2539: 134-140) สมชัย ชื่นตา (2528: 74-83) และวันเพ็ญ ไส้ไหม (2546: 108-119) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ไส้ไหม (2546: 108-119) เมมมอน (Maymon, 1984: 222) และไรเนอร์ และ

มาร์ติน (Reiner Hanewinkel and Martin Aßhauer, 2004: 125-137) ที่พบว่าทักษะชีวิตและทักษะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนนั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการตัดสินใจของนักเรียน ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายโดยเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง และควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกัน ทั้งผู้บริหาร โรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน โดยเป็นนโยบายที่จะนำนักเรียนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อให้ นักเรียน ได้มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเหมาะสม และไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่
2. จากผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ของชุมชนกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียนนั้น นักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ในระดับต่ำ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของโรงเรียนกับชุมชนในการจัดทำ โครงการหรือกิจกรรมนั้นควรมีการจัดทำอย่างต่อเนื่อง และควรมีการเน้นในเชิงเนื้อหาที่เกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากบุหรี่มากขึ้น
3. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในประเด็นการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมากที่สุด ดังนั้นการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนห่างไกลจากการสูบบุหรี่ และเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีกิจกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการมีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนให้เลิกบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่กระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนควรได้มีการพิจารณา
4. จากผลการวิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเรียนการสอนในเรื่องบุหรี่มากขึ้นทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร เพื่อให้ นักเรียนมีความรู้และความเข้าใจถึงพิษภัยและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนการเน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำการศึกษาลักษณะนี้ไปศึกษาเปรียบเทียบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมัธยมศึกษาต้นและมัธยมศึกษาปลาย โดยศึกษาเปรียบเทียบในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้นักเรียนมีการเริ่มสูบบุหรี่

3. การทำวิจัยครั้งต่อไปอาจใช้รูปแบบหรือแนวคิดทฤษฎีทางสุขภาพอื่นๆ เช่น PRECEED – PROCEED FRAMEWORK มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลในการอธิบายคุณลักษณะต่างๆหรือข้อมูลทางด้านพฤติกรรมเพิ่มเติมมากขึ้น



TOBACCO CONTROL BASED ON THE HEALTH-PROMOTING SCHOOL COMPONENTS AND SMOKING BEHAVIOR AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENTS IN UDONTHANI PROVINCE

SUTTHIDA NIMSRIKUL 4737470 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., SUPREYA TANSAKUL, Ed.D., PORANEE WATANASOMBOON, Ph.D., MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Smoking is one of the health problems because it causes chronic diseases and premature deaths. According to the report of the World Health Organization, presently there were 1,100 million people who smoke whereas about 5 million people died due to smoking. It was estimated that in 2030 the number of cigarette smokers of the world will be increased to 1,600 million people. The World Bank found that each day there are 80,000 – 100,000 adolescents world wide started smoking, 14,000 – 15,000 in developed countries and 68,000 – 84,000 in developing countries (Action on Smoking and Health Foundation, 2005: 4).

In Thailand, it was found that illness caused by cigarette smoking is considered as the second disease burden among Thai people next to AIDS whereas the diseases caused by cigarette smoking that are the causes of a highest number of deaths are heart diseases and cancer. The evidence was found in 1992 that the number of deaths due to

these two diseases was 62 per 100,000 population and this number was increased to be 92 per 100,000 population in 2005 (Action on Smoking and Health, 2005: 4).

However, since the years 1991-2004 it was found that the number of cigarette smokers was found to be decreased continuously from 12.2 millions in 1991 to be 11.36 millions in 2004 whereby the present cigarette smoking rate was decreased from 32 percent in 1991 to 22.98 percent in 2004. When the gender of smokers has been considered it was found that smoking rate of males was 15 times of females, 38.8% compared to 2.6% (The National Statistics Bureau, 2006: 22). The analysis of smoking rate by geographical region showed that the highest rate was found in the southern part (22.5%), the next ones were northeastern region (22.2%), northern region (20.6%), central region (17.1%), and the lowest one was in Bangkok Metropolis (12.8%). In regard to the number of cigarette smokers, the highest number was found in the northeastern part (3.5 millions) and the next ones were the central region (2.0 millions), northern region (1.89 millions), southern region (1.36 millions), and Bangkok Metropolis (858,420) (The National Statistics Bureau, 2004).

After the age of smokers was considered, it was found that the decreased smoking rate was found in every age-group but the data surveyed in the years 2001 and 2004 showed that the decreased smoking rate was found in every age-group except the age group of 15-18 years (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2007), which was not the good trend since it showed that the tobacco control measures used were not effective in reaching the adolescent group which is the target group of the tobacco industries.

Besides, the survey of the National Statistics Office in 2004 showed that the age of first smoking was between 15-24 years (88.0%) and the next age-group found were the age group of 10-14 years (7.8%) and 25-39 years (7.2%) respectively. The mean age of first smoking was found to be 18.4 years while 72.9 percent of the population aged 15 years and higher smoked regularly with the average number of cigarette smoked of 10 cigarettes and these smokers spent money averagely 10-13 Bahts a day.

In regard to the reasons for having the first smoking, most of the adolescents mentioned “persuaded by friends” and “tried the first smoking at a friend’s house”. There were 52 percent of female smokers who mentioned that their friends have used

addictive drugs compared to 10 percent of female non-cigarette users mentioned their friends have used addictive drugs. There were 60 percent of female smokers who mentioned that their friends consume alcoholic beverages every week while 10 percent of female smokers mentioned that their friends consume alcoholic beverages regularly (Action on Smoking and Health Foundation, 2004: 5). The study carried out by Yuwaluk Khun-aasa (1998: 118-121) showed that influence of peer group, attitudes toward smoking, values regarding smoking, and the attraction of tobacco products could predict the smoking and non-smoking behaviors of school students.

The information from the data base of the National Statistics Center in the years 1991-2006 showed that the increased smoking rate of adolescents aged 15-18 years was found (increased from 4.29% in 2001 to be 4.46% in 2006), compared to the next age-group of 11-14 years (increased from 0.20% in 2001 to be 0.22% in 2006). The increased smoking rate of those who smoked sometime was found to be increased among the age-group of 11-14 years about 3 times higher than of the age-group of 15 years and higher. Besides, it was found that the adolescents aged 11-14 years are the group that normally wants to try new things and is easy to persuaded by the surroundings and due to the fact that the high percentage of this group resided in the urban areas therefore, they tend to be changed to undesirable behavior easily than those residing outside the municipal areas (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2007). Besides, cigarette has many adverse effects for adolescents especially social problems. It was found that the adolescents who smoke had low school achievements whereas only 2.1 percent of them had good school achievements. Most of the adolescents who smoke were from the families that had depress and lacked of good relationships among family members, their family members consumed alcoholic beverages or revere gamblers, they have received violence from family members, and the family members were cigarette smokers as well as supported them to smoke, thus, these adolescents had a high tendency to smoke. However, close-friends are the most influential persons for adolescents' smoking behavior (Action on Tobacco and Health Foundation, 2004: 5).

One important measure in preventing adolescents from smoking is the organization of school activities by applying the concept of health promoting school (Lukkhana Termsirikulchai and Suchada Tangtangtham, 1998: 3). The Ministry of

Public Health has started implementing health promoting school programs since 1998. According to the data about health promoting school programs in Thailand from the total number of 35,619 schools of the country, there were 31,389 schools that have participated in the health promoting school program (88.1%). Among these schools, there were 28,801 schools (80.9%) had implemented the programs in accordance with the health promoting school processes.

The evaluation data of the year 2004 showed that there were 12,688 schools that performed activities in accordance with the health promoting school processes set (35.6% of all participated schools) and among these school there were 3,205 schools that gold rewards were granted, 4,609 schools were awarded silver, and 4,874 schools were awarded bronze reward (Department of Health, Ministry of Public Health, 2004).

This study was carried out in the sampled schools in the northeastern part of Thailand where the highest number of cigarette smokers and the second smoking rate were found. The study was made in Udonthani Province, where the smoking rate of males was ranked at the 8th of the country, 52.38% (The National Statistics Bureau: 2001). The data regarding the implementation of health promoting school programs in Udonthani Province in 2007 showed that the total of 922 primary and secondary schools have participated in the health promoting school program. Among these schools, 501 schools were awarded the gold reward (54.34%), 160 schools were awarded the silver reward (17.35%), and 261 schools were awarded the bronze reward (28.31%). For the secondary schools in Muang District, Udonthani Province, that was the studied population of this research project, there were 15 health promoting schools, 11 gold-level schools, and 4 bronze-level schools, with no silver-level school. Even though, health promoting school programs have been implemented in Udonthani Province but the studies about health promoting school program in regard to cigarette were very rare. Most of the studies carried out were emphasized on other aspects of health policies. Therefore, this study was aimed to study about health promoting school program and smoking of middle secondary school students, muang District, Udonthani Province in regard to personal factors; the factors about health promoting school components which included schools' health policies, physical environment of schools, social environment of schools, relationship with community, teaching-

learning activities, and health services; and knowledge, attitudes toward cigarette smoking, social skills, and students' smoking behavior.

Research Objectives

This research was aimed to study:

1. Knowledge, attitudes toward smoking, skills related to smoking, and smoking behavior of students in health promoting schools;
2. The relationship between the health promoting school components in regard to smoking and knowledge, attitudes toward smoking and skills related to smoking;
3. The relationship between personal factors and knowledge, attitudes toward smoking, skills related to smoking, and smoking behavior; and
4. The relationship between knowledge, attitudes toward smoking, skills related to smoking and smoking behavior.

Research Hypotheses

1. There was a relationship between the health promoting school components relating to smoking and knowledge, attitudes toward smoking, and skills related to smoking.
2. There was a relationship between personal factors and knowledge, attitudes toward smoking, skills related to smoking, and smoking behavior.
3. There was a relationship between smoking behavior and knowledge, attitudes toward smoking and skills related to smoking.

Research Methodology

This study was a cross-sectional survey research.

Population and Samples. The population of this study were male and female students enrolling in grades 7-9 of health promoting schools, co-ed secondary schools

that provided education program for grades 7-12 in Udonthani Province. The sample size was defined by computing the sample size formula for a survey research developed by Daniel (1987).

The sample size of 483 students were randomly selected from the selected health promoting schools, 243 students from the gold awarded health promoting schools which composed of 81 students from grade 7, 84 students from grades 8, and 73 students from grade 9. For the rest of 240 students, they were drawn from the bronze awarded health promoting schools whereas 78 students were from grade 7, 82 and 80 students were drawn from grades 8 and 9 respectively.

Data Collection and Research Instruments. The data collection was carried out in 2 gold awarded health promoting schools and 2 bronze awarded health promoting schools, with the total samples of 500 students, in June, 2008. The sampled students were informed about the research's objectives and were asked for their consent to participate in the research project and to give the real information. The time for data collection was set by the schools and the researcher administered the questionnaire by herself in each class. The completeness of the filled-out questionnaires was checked by the researcher and the total of 483 complete questionnaire sets were ready to be analyzed. The questionnaire used was composed of 5 parts: general information, knowledge about cigarette, attitudes toward smoking, skills related to smoking, and smoking behavior. Other instruments included 3 measurement scales in regard to decision making skills, effective communication skills, emotional and stress management skills, and self-esteem; interviewing schedule; and observation form to record the information of the implementation of health promoting school programs.

Variables and Measurement. The independent variables were the components of health promoting school program in regard to smoking school health policies, (school physical environment, relationship with community, organization of teaching-learning activities, and health services) and personal factors. The dependent variables were: knowledge, attitudes toward smoking, and skills related to smoking.

Data Analysis and Statistics Used

The data were analyzed by computing statistics: frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation. The relationship between population characteristics, personal factors, components of health promoting school and knowledge, attitudes, skills related to smoking, and smoking behavior by using Chi-square test.

Results and Discussion

Among 483 sampled students the following data were found: 52.8 percent were males; 47.2 percent were females; the average age was about 14 years; 33.7 percent were 7 graders, 33.3 percent and 32.9 percent were 8 and 9 graders respectively.

Knowledge, Attitudes Toward Smoking, Skills Related to Smoking, and Smoking Behavior of Students in Health Promoting Schools

The highest percentage of the sampled students had a 'low' level of knowledge about cigarette (68.4%) while 65.6 percent hold a positive attitude toward non-smoking. Regarding the skills related to smoking it was found that 59.2 percent had a 'moderate' level of decision-making skills, 46.0 percent had a 'low' level of effective communication skills, and 41.4 percent had a 'low' level of emotional and stress management skills. Most of the sampled students were found to be non-smokers (84.7%) while 9.3 percent used to smoke and 6.0 percent currently smoke.

Smoking Pattern of Students Who Currently Smoking

The highest percentage of the sampled students had their first smoking at the age of 12-13 years (44.8%) whereby during the past 30 days 38.0 percent of this group of students smoked 1-2 days and smoked 1 cigarette a day (38.0%) while 82.8 percent of them mentioned that they have got a cigarette from other person. However, 62.1 percent said that they bought cigarettes from a grocery store and most of them bought the cigarette by roll not a socket (88.9%). House was the place where most of the samples smoked (44.8%). In regard to other types of tobacco that the samples smoked,

13.8 percent had ever used 'Mild' and 'Light', 17.2 percent ever used flavored cigarettes, for example, fruit favor, chocolate, etc., and 3.4 percent ever used maragu or hooka. There were 69.0 percent of the samples who have smoked since last year have thought about smoking cessation in the next one month.

As it was found that the knowledge about cigarette of the samples was low comparing to the findings of other studies (Runjuan Kamwachirapitugs and Woranuch Yamsang, 1996: 74-83). This finding should be due to the questions of the knowledge part were covered other contents more than the content of the adverse effects of cigarette. Besides, even though 84.7 percent of the sampled students did not smoke but 6.0 percent of them were current smokers, along with the risky smoking patterns found, for example, 62.1 percent bought cigarettes at the grocery stores and bought by rolls of cigarette, which were the illegal behaviors against the country's Tobacco Products Control Act A. D. 2535 that prohibit the selling of cigarette to the minors, children aged <18 years, including the use of 'Mild', 'Light', and flavored cigarettes which was against the law. Therefore, the question is where the students got those illegal tobacco products. The suggestion is the Tobacco Control Bureau, Ministry of Public Health must control illegal tobacco products seriously among the adolescent group. Besides, as it was found that 69.0 percent of the students who have smoked since last year thought about smoking cessation in the next one month, this finding showed the good trend for schools to organize a program to help students quit smoking since they were ready to quit smoking since they were ready to quit smoking.

Relationship Between Factors Regarding Health Promoting School Components and Knowledge, Attitudes Toward Smoking and Skills Related to Smoking

Relationship of Health Promoting School components and Knowledge. It was found that there was a significant relationship between school health policies, school physical environment, school social environment, relationship with community, organization of teaching-learning activities, health services, and knowledge about cigarette of sampled students.

This finding was agreed with the study of Tunya Komutwongs (1998: Abstract) which was found that the changes of the components of health promoting

school affected on the better level of students' health knowledge and health status relating to personal hygiene. Therefore, the Ministry of Public Health should encourage health promoting schools establish school health policies in regard to smoking and the policies should be established cooperatively with school administrators, school teachers, students' guardians and community leaders whereas this policy will lead students to proper health behavior as well as gaining proper knowledge and being non-cigarette smokers. Besides, teaching and learning about cigarette should be promoted both curricular and extra-curricular programs in order to help students gained knowledge and understanding about the adverse effects and dangers of cigarette smoking.

Relationship of Health Promoting School Components and Attitudes. Only the factors in regard to relationship with community and health services were found to relate significantly with attitudes toward smoking of the sampled students ($p = 0.027$ and $p = 0.005$ respectively)

This finding was agreed with the study carried out by Suwanna Lohlohakarn (2001: Abstract) which was found that the health services provided by schools help students hold positive attitudes toward health behavior. However, this finding was disagreed with the study of Pacharintr Tungkarnkij (1999: 88-89, 92-93) which was found that the factor regarding organization of teaching-learning activities related significantly with students' attitudes. Thus, in order to change students' attitudes effectively it is necessary to have community involved in defining curricular and extra-curricular activities in regard with no-smoking in schools with the

Relationship of Health Promoting School Components and Decision-Making Skills. It was found that school health policies, school health policies, school physical environment, school social environment, and organization of teaching-learning activities related significantly with decision-making skills of students. This finding was congruent with the study of Yuwadee Kobepoh (2000: v) which was found that students enrolled in health promoting schools had higher levels of skills in regard to decision-making and refusal, and smoking behavior than of the comparison group.

Relationship of Personal Factors and Knowledge, Attitudes Forward Smoking, Skills Related to Smoking, and Smoking Behavior.

The results of the study showed that there was a significant relationship of the personal factors and other studied factors, as follows:

Gender. Gender was found to relate significantly with the following variables:- knowledge about smoking ($p < 0.001$); attitudes ($p < 0.001$); decision-making skills ($p < 0.001$); effective communication skills ($p < 0.001$); emotional and stress management skills ($p = 0.044$); and smoking behavior ($p = 0.001$).

School Achievements. School achievements related significantly with knowledge about smoking ($p < .001$); attitudes ($p < 0.001$), decision-making skills ($p < 0.001$); emotional and stress management skills ($p = 0.001$); and smoking behavior ($p < 0.001$). This finding was similar to the study by Choochai Supawongs, Supakorn Buasai and Nuan-anan Tuntikate (1997: 15) and Orathai Limtrakool (1991: a-b) which was found that there was a relationship between GPA (Grad Point Average) and students' smoking behavior whereby students who got high GPA had lower smoking rate than those who got low GPA.

Having Family Members Who are Cigarette Smokers. This variable was found to relate significantly with: knowledge about smoking ($p = 0.003$); attitudes ($p < 0.001$); decision making skills ($p < 0.001$); effective communication skills ($p = 0.010$); and smoking behavior ($p < 0.001$). This finding was agreed with many studies which were found that there was a relationship between having close-friends who smoked and smoking behavior of adolescents (Chuchai Supawongs, Supakorn Buasai, and Nual-anan Tuntikate, 1997: 18; Thiti Ratanachoti, 1996: 134-140; and organizations and Ministry of Public Health should organize a program or teaching-learning activities or extracurricular activities including a campaign on no-smoking in schools with the aim to bring adolescents for from smoking, as well as developing a smoking cessation program for students who smoke.

Access to Cigarettes. Access to cigarettes was found to relate significantly with knowledge about smoking ($p < 0.001$); attitudes ($p < 0.001$); decision-making

skills ($p < 0.001$); effective communication skills ($p < 0.001$); emotional and stress management skills ($p < 0.001$); and smoking behavior ($p < 0.001$).

Self-Esteem. This variable was found to relate significantly with knowledge about smoking ($p = 0.012$); attitudes ($p < 0.001$); emotional and stress management skills ($p = 0.010$); and smoking behavior ($p = 0.045$).

Receiving Information Through Media. This variable was found to relate significantly with emotional and stress management skills ($p = 0.007$) whereby the samples who had received information through media had a 'low' level of emotional and stress management skills (43.9%). This finding was congruent with the study by Chouchai Supawongs, Supakorn Buasai, and Nuan-anan Tuntikate, 1997: 15, 34-35; and Suchada Maethee-Kunaporn (1994: a-b, 8) which showed that receiving information from live-media and printed media influenced adolescents' smoking behavior.

Therefore, the Ministry of Public Health and other related organizations should be interested in developing awareness through various types of media especially mass media which can influence on adolescents' behaviors including non-smoking behavior.

Relationship Between Knowledge, Attitudes, Skills Related to Smoking and Smoking Behavior. It was found that knowledge about cigarettes, attitudes toward smoking, decision-making skills, effective communication skills, and emotional and stress management skills related significantly with smoking behavior (p – value was $< 0.001 - 0.010$). This finding was agreed with many studies carried out by Runjuan Kamwachirapitugs and Woranuch Yamsaeng (1996: 23-59); and Somchai Chuenta (1985: 74-83) which were found that knowledge and understanding about the adverse effects of cigarettes related significantly with smoking behavior of adolescents. The similar finding was found in the studies of Thite Ratanachoti (1986: 134-140); Somchai Chuenta (1985: 74-83); and Wanpen Saimai (2003: 108-119) which showed that attitudes related significantly with smoking behavior. Another findings of the studies by Wanpen Saimai (2003: 108-119); Maymon, 1984: 222; and Reiner Hanewinkel and Martin Abhauer (2004: 125-137) showed that life skills and personal skills related significantly with smoking behavior.

Recommendation Derived from Research Results

1. As the research results showed that the health promoting school component regarding students' health promotion policy related significantly with knowledge about smoking and decision-making of students, thus the policy emphasizes on smoking should be established and the school administrator, school teachers, students' guardians, and community leaders should involve actively in establishing this policy. This policy will lead to students' desirable health behavior as well as appropriate knowledge and understanding and non-smoking behavior.

2. As it was found that there was a relationship between the relationship of school and community and students' knowledge about cigarettes, and students' knowledge about cigarettes was found to be low, therefore the participation of schools and community in organizing programs or activities should be done continuously and the emphasis should be made on the contents regarding the adverse effects of cigarettes.

3. As it was found that the personal factor in regard with having close-friends who were cigarette smokers related highly with students' smoking behavior, therefore, the campaign aiming for establishing a "smoke-free school" should be organized. The Ministry of Education and schools should promote students to have appropriate activities including the establishment of "self-Help Group" for smoking cessation.

4. As it was found that most of the students hold a 'low' level of knowledge about cigarettes, therefore, the teaching-learning activities about cigarettes should be encouraged both in and extra-curricular activities in order to enhance students knowledge about the adverse effects of smoking as well as implementing the learning process for increasing students' social skills.

Recommendations for Furthering Researches

1. This type of research should be carried on in health promoting schools both middle and high schools in order to compare between the different rewards granted: bronze, silver, and gold.

2. The study about students' smoking behavior should be done by starting from intermediate grades in order to study causes and factors affecting the first smoking.

3. Other health models or health theories, for example, PRECEED-PROCEED FRAMEWORK, etc. should be applied for developing a research conceptual framework in order to get additional data for explaining various characteristics or data regarding behavior.



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (24 – 30 มีนาคม 2543). ทักษะชีวิตกับความฉลาดทางอารมณ์: คู่มือสำหรับพัฒนาเยาวชนแบบองค์รวม. รายงานการประชุมวิชาการทักษะชีวิต ครั้งที่ 3 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (24 – 26 กรกฎาคม 2539). การสอนทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบการอบรม โครงการพัฒนาบุคลากรการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา โดยใช้กระบวนการเรียนการสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม ณ โรงแรมหัวหินแกรนด์ ประจวบคีรีขันธ์. เอกสารอัดสำเนา.
- กัตติกา พงษ์ศิริ. (2536). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบกที่จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ จุลรอด. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ ไตเมฆ. (2541). พฤติกรรมการสูบบุหรี่และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉันทนา ลิมนิรันดร์กุล, สมจิตต์ บัวเทศ และลัดดา อุดมผล. (2544). ความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเขต 1. นนทบุรี: ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 1 .
- ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ดันติเกตุ. (2540). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. ทูสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- ณัฐพงศ์ พุดหาล้า. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนพร ธรรมทักษ์. (2004). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญา โกมุตทวงศ์. (2541). การพัฒนารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดิ รัตนโชติ. (2539). วัยรุ่นหญิงกับการสูบบุหรี่: ศึกษาเฉพาะนักเรียนหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (สังคมวิทยา) คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2538). ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ กุลนิตย์. (2538). ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2539). วิธีสอนสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม. เอกสารประชุมวิชาการการพัฒนางานบริการสุขภาพในสถานศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ โรงแรมเอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร 25-29 มีนาคม 2539. เอกสารอัดสำเนา.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. (2531). วิธีการสุขศึกษา. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 8 หน้า 411-412 (พิมพ์ครั้งที่ 6), กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ป.ป.ส. สำนักงาน. กองป้องกันยาเสพติด. (2538). ยุทธศาสตร์ทักษะชีวิต. รายงานการประชุมสัมมนา เพื่อหาแนวทางการนำยุทธศาสตร์ทักษะชีวิต มาใช้ในกระบวนการป้องกันยาเสพติด ณ สำนักงาน ป.ป.ส. เอกสารอัดสำเนา.

- ปรณา นันทสุนทร. (2545). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. (2539). 50 คำถามเพื่อชีวิตปลอดบุหรี่. (พิมพ์ครั้งแรก), กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. (2545). 50 คำถามสำหรับผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2523). การสอนสุขศึกษา ทฤษฎี และการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2541). การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2541). พัฒนาทักษะชีวิต เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในเด็กและเยาวชน. ได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเสริฐ ดันสกุล, วีรสิทธิ์ สิทธิไกรย์ และคนอื่นๆ. (2538). ยุทธศาสตร์ทักษะชีวิต เพื่อการพัฒนาบุคลิกภาพเยาวชน. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงเบน ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.
- ปิยนุช บุญทอง. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ: สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2539). สุขภาพจิตกับปัญหาเสพติดในวัยรุ่น. วารสารเพื่อนสุขภาพ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1: 42-45.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2525). การนิเทศและการสอนพยาบาลในคลินิก. ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสมัย เด่นดวงบริพันธ์. (2539). การสอนสุขศึกษา. เอกสารอัดสำเนา.

- พิสมัย สุขอมรรัตน์. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์ใจ บุญยัง. (2540). การสร้างเสริมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรกร กาญจโนภาส. (2538). โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมกรรมการเลิกละการสูบบุหรี่ ของนักเรียน
วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวิณี วิสมล. (2538). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่และการไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนคอนเมืองทวารวดีราชบำรุง. ภาควิชา สาขา
เทคโนโลยีสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก.
- มาลินี ภูวนันท์ และคนอื่นๆ. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลิกละการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
ชาย วิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. ทูลอดหนุนการวิจัยจากโรงพยาบาล
หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2546). บุหรี่กับชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
พิมพ์ดี.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (1-2 กุมภาพันธ์ 2548). การรวบรวม และสังเคราะห์บทบาบทเกสซ์
ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 4 ณ
โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (1-2 กุมภาพันธ์ 2548). ตัวเลขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่. การ
ประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 4 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์
คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (1-2 กุมภาพันธ์ 2548). บทคัดย่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
ควบคุมการบริโภคยาสูบ. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 4 ณ
โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (1-2 กุมภาพันธ์ 2548). บทบาทของกุมารแพทย์ในการควบคุมการ
บริโภคยาสูบ. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 4 ณ โรงแรม
มิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร.

- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (1-2 กุมภาพันธ์ 2548). เยาวชนกับบุหรี่สังคมไทยควรทำอย่างไร. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 4 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร.
- ยุพยง วงศ์พันธ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา ดอกแก้ว. (2539). ผลของการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัฐจวน คำจาริพิทักษ์ และวรนุช แหยมแสง. (2539). การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่. ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม ผู้แปล. (2541). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชน่าจำกัด.
- วรรณรัตน์ แก้วมงคล. (2543). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนลาดปลาเค้าพิทยาคม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วันเพ็ญ ทาราศรี. (2533). ประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ ไส้ไหม. (2545). ทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสหศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินิจ เกตุขำ และคนอื่นๆ. (2522). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์.

- ศศิพร โลจายะ. (2545). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมชัย ชื่นตา. (2528). การศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชาย ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด), ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหมาย หิรัญนุช และคณะ. (2548). การศึกษาบทบาทวิชาชีพพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. การประชุมวิชาการบูรณาการกับสุขภาพระดับชาติ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4 วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- สุชาดา เมธีคุณาภรณ์. (2537). การศึกษาการรับข่าวสารการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน: ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกชมรมเยาวชนปลอดสารจากมูลนิธิหมอชาวบ้าน. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตร์ มหาบัณฑิต (สื่อสารมวลชน) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุทธิดา นิมศรีกุล. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2540). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด. 136-143.
- สุพัสชา กิ่งแก้วก้านทอง. (2540). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชน: กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี ดาวดี. (2537). ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรชาติ นันทนรินทร์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตนาเชิงพฤติกรรมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2544). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรินทร์ นิยมางกูร. (2546). เทคนิคการสู่มตัวอย่าง. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุริย์ จันทรโมลี. (2527). วิธีการทางสุศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สุริย์ จันทรโมลี. (2543). กลวิธีทางสุขภาพ (Health Strategy). กรุงเทพมหานคร.
- หทัย ชิดานนท์. (2533). การได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จัดโดย 51 องค์การรัฐและเอกชน ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 17-18 ตุลาคม 2533. เอกสารอัดสำเนา.
- อรรถ ลิ้มตระกูล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขา ศึกษาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อจลรวรรณ สร้อยทอง. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อันธมา จงคำ. (2535). เปรียบเทียบประสิทธิผลการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก และการเรียนการสอนแบบปกติ เรื่องบุหรี่กับสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสันป่าตองวิทยาคม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ ค่านประดิษฐ์. (2546). ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) สถาบันราชภัฏนครปฐม.
- เอกรินทร์ คุณยศยิ่ง. (2547). บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-แสดงตัวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระเชิงวิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Amanda, T & Angela, H. (1998). Health promoting schools in Western Sydney: Students Examine Health. Health prompting Journal of Australia, 8 (2): 130-135.

- Benjamin S. Bloom. (1968). Learning for Mastery. Evaluation Comment, Center for the student of Evaluation of Instructional Programs. University of California at Los Angeles. Vol.1No.2: 47-62.
- Botvin, G.J. and Anna, E. (1994). Predictor of Cigarette Smoking among Inner-City Minority Youth. 15 (2): 67-73.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin E.M. and Diaz, t. (1995). Longterm follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. JAMA. 273, 14: 1106-1112.
- Charlton, A. and While, D. (1994). Smoking Prevalence among 16-19 Year-olds Related to Staff and Student Smoking Policies in Sixth Forms and Further Education. Health Education Journal. 53: 28-29.
- Doi. (1993). An Evaluation of a Tobacco Use Education-Prevention Program. Department of Psychology. 73-78.
- Elder, P. (1989). Prevention of tobacco Use Among Adolescent in Public School in San Diego Country, USA. 34, 1: 24-29.
- Krohn, Marvin D. et al. (1987, September). Social Bording Theory and Adolescent Cigarette Smoking : A Longitudinal Analysis. Jounal of Health and Social Behavior: 337-349.
- Lazarus, R.S. and Folkman S. (1984). Stress Appraisal and Copying. New York Springer Publishing Company.
- Maymon, T. (1984). Effective Evaluation of the Modified “Smoking and Cigarette Smoke”. Curriculum (MSACS): Smoking Behavior, Attitudes and Values. (High-School, Isiael, Perception) Health Education. Georgia State University.
- Reiner Hanewinkel and Martin Aßhauer. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skillsapproach to smoking prevention. Health Education Research. Vol. 19 No. 1: 125-137.
- Sallis F. Garua J, Best J.A. (1990). Assessing Skill for Refusing Cigarettes and Smokeless Tobacco. Journal of Behavioral Medicin. 13(5) : 489-503.
- William et al. (1996). Health promoting school: Lessons from Working intersect orally with Primary School in Australia. Health education journal 1996, 55: 300-310.



แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น
☐ มัธยมศึกษาปีที่ 1 ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 2 ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 3
4. ระดับผลการเรียนเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา
5. นักเรียนได้รับเงินมาโรงเรียนจากผู้ปกครอง บาท (/วัน /สัปดาห์ /เดือน)
6. นักเรียนได้รับเงินพิเศษนอกเหนือจากเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ จากที่ใด..... จำนวน..... บาท (/วัน /สัปดาห์ /เดือน)
7. มีบุคคลในครอบครัวของนักเรียนสูบบุหรี่หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ไม่มี ☐ มี
- ถ้า มี ได้แก่บุคคลใดบ้าง
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่ชาย ☐ พี่สาว
☐ น้องชาย ☐ น้องสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)
8. นักเรียนมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มีจำนวน.....คน
9. นักเรียนเคยพบเห็น ภาพการสูบบุหรี่ หรือ การโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ถ้า เคย จากแหล่งใด
☐ รายการโทรทัศน์ ☐ ภาพยนตร์ ☐ อินเทอร์เน็ต
☐ หนังสือพิมพ์ ☐ นิตยสาร/วารสาร ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. นักเรียนเคยได้พบหรือได้ยินเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ผ่านสื่อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่เคย ☐ เคย

- ถ้า เคย จากแหล่งใด

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ วิทยุ | ☐ โทรทัศน์ | ☐ ภาพยนตร์ | ☐ อินเทอร์เน็ต |
| ☐ หนังสือพิมพ์ | ☐ โปสเตอร์ | ☐ แผ่นพับ/ใบปลิว | ☐ นิตยสาร/วารสาร |
| ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

11. นักเรียนเคยเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

- ถ้า เคย คำเตือนบนซองบุหรี่ที่นักเรียนทราบมีข้อความว่าอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด | ☐ บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว |
| ☐ บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง | ☐ บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก |
| ☐ บุหรี่นำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น | ☐ บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม |
| ☐ สูบบุหรี่ทำให้แก่เร็ว | ☐ ควันบุหรี่ฆ่าคุณให้ตายได้ |
| ☐ ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด | ☐ ควันบุหรี่ทำร้ายลูกในครรภ์ |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | |

12. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยมีประสบการณ์ในการซื้อบุหรี่ หรือไม่

☐ ไม่เคยซื้อ ☐ เคยซื้อ

- ถ้า เคย ซื้อจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ ซื้อจากร้านค้าใกล้บริเวณโรงเรียน | |
| ☐ ซื้อจากห้างสรรพสินค้าทั่วไป | |
| ☐ ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เช่น 7-eleven, 108 shop, รักบ้านเกิด เป็นต้น | |
| ☐ ซื้อจากร้านขายของชำ | |
| โดย ☐ ซื้อทั้งซอง ☐ ซื้อเป็นมวน | |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | |

13. นักเรียนคิดว่าราคามวนบุหรี่ที่จำหน่ายอยู่ตามท้องตลาดในขณะนี้เป็นอย่างไรร

- | |
|---|
| ☐ แพง จนไม่สามารถซื้อหามาได้ง่าย |
| ☐ แพง แต่สามารถซื้อได้ |
| ☐ ไม่แพง |

14. มีร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ตั้งอยู่รอบนอกบริเวณโรงเรียนในระยะ 500 เมตร หรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
15. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน
☐ ไม่เคยสูบบุหรี่ (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)
☐ เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (ข้ามไปตอบข้อ 15.1)
☐ สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ข้ามไปตอบข้อ 15.2)

15.1 สำหรับผู้ที่ เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว ให้นักเรียนโปรดตอบคำถามต่อไปนี้

- 15.1.1 นักเรียนสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร
☐ อายุ 7 ปี หรือน้อยกว่า ☐ อายุ 8-9 ปี ☐ อายุ 10-11 ปี
☐ อายุ 12-13 ปี ☐ อายุ 14-15 ปี ☐ อายุ 16 ปี หรือมากกว่า
- 15.1.2 เหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือข้อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เพื่อนชวน ☐ อยากลอง ☐ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
☐ แสดงความเป็นผู้ใหญ่ ☐ เพื่อดึงดูดใจเพศตรงข้าม ☐ เลียนแบบผู้อื่น
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 15.1.3 นักเรียนเคยสูบบุหรี่มาเป็นเวลา วัน / เดือน / ปี
- 15.1.4 นักเรียนเคยสูบบุหรี่วันละกี่มวน
☐ น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน ☐ 1 มวนต่อวัน ☐ 2-5 มวนต่อวัน
☐ 6-10 มวน ☐ 11-20 มวนต่อวัน ☐ มากกว่า 20 มวนต่อวัน
- 15.1.5 เพราะเหตุใดนักเรียนจึงเลิกสูบบุหรี่
☐ อยากเลิกเอง ☐ ผู้ปกครองห้าม ☐ ถูกครูทำโทษ
☐ ไม่มีเงินซื้อ ☐ กลัวเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

15.2 สำหรับผู้ที่ สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ให้นักเรียนโปรดตอบคำถามต่อไปนี้

- 15.2.1 นักเรียนสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร
☐ อายุ 7 ปี หรือน้อยกว่า ☐ อายุ 8-9 ปี ☐ อายุ 10-11 ปี
☐ อายุ 12-13 ปี ☐ อายุ 14-15 ปี ☐ อายุ 16 ปี หรือมากกว่า
- 15.2.2 เหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือข้อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เพื่อนชวน ☐ อยากลอง ☐ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
☐ แสดงความเป็นผู้ใหญ่ ☐ เพื่อดึงดูดใจเพศตรงข้าม
☐ เลียนแบบผู้อื่น ☐ อื่นๆ ระบุ

15.2.3 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา นักเรียนสูบบุหรี่กี่วัน

- ☐ 1-2 วัน ☐ 3-5 วัน ☐ 6-9 วัน ☐ 10-19 วัน ☐ 20-29 วัน
☐ ทุกวัน

15.2.4 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ในวันที่นักเรียนสูบบุหรี่ นักเรียนสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

- ☐ น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน ☐ 1 มวนต่อวัน ☐ 6-10 มวน
☐ 11-20 มวนต่อวัน ☐ มากกว่า 20 มวนต่อวัน

15.2.5 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยปกตินักเรียนได้บุหรี่มาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ได้จากบุคคลอื่น
 โดยวิธี ☐ มีผู้อื่นให้บุหรี่สูบ ☐ ขอบุหรี่จากผู้อื่น
☐ ฝากเงินให้ผู้ใหญ่อายุมากกว่า 18 ปีซื้อบุหรี่ให้
☐ ซื้อเอง จากแหล่งใด
☐ ซื้อจากห้างสรรพสินค้า
☐ ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ เช่น 7-eleven, 108 shop, รักบ้านเกิด เป็นต้น
☐ ซื้อจากร้านขายของชำ
 โดย ☐ ซื้อทั้งหมด ☐ ซื้อเป็นมวน
☐ อื่นๆ ระบุ

15.2.6 สถานที่ใด ที่นักเรียนมักจะสูบบุหรี่มากที่สุด

- ☐ ที่บ้านตนเอง ☐ ที่บ้านเพื่อน ☐ โรงเรียน
☐ ห้างสรรพสินค้า ☐ อื่นๆ ระบุ

15.2.7 นักเรียนเคยสูบบุหรี่ต่อไปหรือไม่

- บุหรี่ไม่ลัด โล้ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่รู้จัก
 - บุหรี่ชูรส เช่น รสผลไม้ รสช็อคโกแลต ☐ ไม่เคย ☐ เคย
☐ ไม่รู้จัก
 - บุหรี่บาราเก้ หรือ สุกก้า ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่รู้จัก

15.2.8 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนคิดอยากจะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ ไม่เคยคิด ☐ คิดจะเลิก ☐ ไม่แน่ใจ

เพราะเหตุใด.....

15.2.9 ภายใน 1 เดือนข้างหน้า นักเรียนคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ ไม่คิดจะเลิก ☐ คิดจะเลิก ☐ ไม่แน่ใจ

เพราะเหตุใด.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าตัวเลือก ก ข ค ง ที่นักเรียนเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ในบุหรีมีสารชนิดใดที่สุบแล้วทำให้ติดบุหรี

ก. ทาร์	ข. นิโคติน
ค. แอมโมเนีย	ง. คาร์บอนมอนอกไซด์
2. สารชนิดใดในบุหรีที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด

ก. ทาร์	ข. คาร์บอนมอนอกไซด์
ค. นิโคติน	ง. ไนโตรเจนไดออกไซด์
3. สารใดต่อไปนี้เป็นสารประกอบที่อยู่ในบุหรี

ก. แอมโมเนีย	ข. โซเดียมไฮดรอกไซด์
ค. คาร์บอนมอนอกไซด์	ง. ไนโตรเจนไดออกไซด์
4. บุหรีออกฤทธิ์อย่างไรกับตัวผู้สูบ

ก. กดประสาท	ข. กระตุ้นประสาท
ค. หลอนประสาท	ง. ออกฤทธิ์ผสมผสาน
5. เพราะเหตุใดบุหรีจึงทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

ก. เพราะสารพิษในบุหรีทำให้ถุงลมในปอดเพิ่มจำนวนและขนาดมากขึ้น
ข. เพราะสารพิษในบุหรีทำให้ปอดแตกจนทำให้เลือดออกในปอด
ค. เพราะสารพิษในบุหรีทำให้ถุงลมในปอดฉีกขาดและรวมตัวกันมีขนาดใหญ่ขึ้น
ง. เพราะสารพิษในบุหรีทำให้ถุงลมในปอดหยุดการฟอกเลือดทำให้หอบและเหนื่อย
6. ข้อใดเป็นสาเหตุของอาการเขียวคล้ำบริเวณริมฝีปากของผู้สูบบุหรี

ก. เพราะเส้นเลือดฝอยในร่างกายหดตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง
ข. เพราะเส้นเลือดฝอยในร่างกายขยายตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง
ค. เพราะเส้นเลือดฝอยบริเวณริมฝีปากหดตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง
ง. เพราะเส้นเลือดฝอยบริเวณริมฝีปากขยายตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง
7. โรคใดที่ทำให้ผู้สูบบุหรีเสียชีวิตมากที่สุด

ก. โรคความดันโลหิตสูง	ข. เส้นเลือดหัวใจตีบ
ค. มะเร็งปอด	ง. มะเร็งหลอดอาหาร

8. การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบใดต่อตัวผู้สูบบุหรี่มากที่สุด

- ก. ทำให้เพศตรงข้ามสนใจ
- ข. ทำให้น่าไปสู่การเสพลิงเสพลิตชนิดอื่นๆ
- ค. ทำให้ก่อการทะเลาะวิวาท
- ง. ทำให้ครอบครัวแตกแยก

9. การสูบบุหรี่จะมีผลต่อคนข้างเคียงอย่างไร

- ก. ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ
- ข. ทำให้ติดบุหรี่ได้

ค. ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน

ง. ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเหมือนผู้สูบบุหรี่

10. ถ้าหญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่จะมีผลต่อทารกในครรภ์อย่างไร

- ก. เป็นวันโรคปอดตั้งแต่เกิด
- ข. เป็นถุงลมโป่งพองตั้งแต่เกิด

ค. ลำไส้ควั่นบุหรี่ทำให้หยุดหายใจ

ง. จะเกิดการแท้งได้ง่าย

11. เขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 หมายถึงข้อใด

- ก. บริเวณที่ห้ามขายบุหรี่
- ข. บริเวณที่ห้ามตั้งโชว์บุหรี่

ค. บริเวณที่ห้ามมิให้สูบบุหรี่

ง. บริเวณที่ห้ามไม่ให้พกบุหรี่

12. สถานที่ใดต่อไปนี้ ไม่จัดเป็นเขตปลอดบุหรี่

- ก. รถโดยสารประจำทาง
- ข. ห้องสุขา

ค. ห้องสมุด

ง. ห้องพักผ่อนตัว

13. หากสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จะต้องเสียค่าปรับตามข้อใด

- ก. ปรับไม่เกิน 1,000 บาท
- ข. ปรับไม่เกิน 2,000 บาท

ค. ปรับไม่เกิน 3,000 บาท

ง. ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

14. ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ผู้ซื้อที่มีอายุเท่าใด

- ก. อายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์
- ข. อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์

ค. อายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์

ง. อายุต่ำกว่า 24 ปี บริบูรณ์

15. ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

- ก. ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย

ข. แจกผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ทดลองเป็นสินค้าตัวอย่าง

ค. โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในรายการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ

ง. ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งมีอายุ 17 ปีบริบูรณ์สูบ

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของ

นักเรียนมากที่สุดเพียงความคิดเห็นเดียว

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การสูบบุหรี่ทำให้สมองปลอดโปร่ง					
2.	การสูบบุหรี่ช่วยเสริมบุคลิกให้ดูเท่					
3.	การสูบบุหรี่ช่วยให้อ่านหนังสือได้นาน ขึ้น					
4.	การสูบบุหรี่ทำให้ผลการเรียนเสีย					
5.	ท่านรู้สึกไม่ชอบกลิ่นควันบุหรี่					
6.	การสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มความมั่นใจใน ตนเอง					
7.	การสูบบุหรี่จะทำให้รู้สึกสดชื่นแจ่มใส					
8.	การสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียดได้					
9.	การสูบบุหรี่ทำให้ลืมเรื่องที่ไม่ว่าสบายใจ ได้					
10.	บุหรี่คือเพื่อนที่ดีที่สุดในเวลาเหงา					
11.	การสูบบุหรี่ช่วยดึงดูดใจต่อเพศตรง ข้ามได้					
12.	ท่านรู้สึกรังเกียจคนที่สูบบุหรี่					
13.	การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็น ผู้ใหญ่					
14.	การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนยอมรับมากขึ้น					
15.	การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง					

ส่วนที่ 4 ทักษะที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

4.1 แบบวัดทักษะการตัดสินใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็น
ของนักเรียนมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

1. ถ้าเพื่อนสนิทในกลุ่มเดียวของนักเรียนสูบบุหรี่ทุกคน นักเรียนรู้สึกอยากทดลองสูบบุหรี่บ้าง
แต่กลัวติด นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะจะได้อยู่กับกลุ่มเดียวกันได้
- ☐ ไม่สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะทราบว่าบุหรี่ทำลายสุขภาพ
- ☐ ไม่สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะถึงเพื่อนจะสูบ ก็ไม่เกี่ยวกับเรา
- ☐ สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพื่อให้อยู่กับกลุ่มเพื่อนได้นานๆ

2. เมื่อเห็นดารา นักร้องวัยรุ่นสูบบุหรี่ แสดงความโก้ เก๋ และเทห์อย่างเห็นได้ชัด นักเรียนเกิด
ความรู้สึกอยากโก้ เก๋ และเทห์บ้าง นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ จะทดลองสูบสักครั้ง แล้วจะไม่สูบอีก เพราะไม่อยากติด
- ☐ ไม่สูบดีกว่า เพราะเราชื่นชมความสามารถไม่ได้ชื่นชมความโก้ เก๋ และเทห์
- ☐ ไม่สูบดีกว่า ถ้าลองแล้วอาจจะติดได้
- ☐ จะสูบเป็นบางครั้ง เพื่อแสดงความโก้ เก๋ และเทห์ ต่อหน้าเพื่อนต่างเพศ

3. เมื่อถูกชักชวนเข้ากลุ่มเพื่อน แต่มีข้อแม้ว่าจะต้องสูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อนก่อนถึงจะรับเข้ากลุ่ม
นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ สูบทันที เพราะอยากเข้ากลุ่มเพื่อนอยู่แล้ว
- ☐ ไม่สูบ เพราะถ้าติดแล้วเลิกยาก หรืออาจจะเลิกไม่ได้เลย
- ☐ ไม่สูบ เพราะไม่มีความจำเป็นต้องเข้ากับเพื่อนกลุ่มนี้
- ☐ สูบ เพราะไม่อย่างมีเรื่องกับเพื่อนกลุ่มนี้

4. วันศุกร์หลังเลิกเรียน ระหว่างรอขึ้นรถกลับบ้าน มีกลุ่มเพื่อนที่เรียนคนละห้องชวนไปสูบบุหรี่ที่
หอพักเพื่อน นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ ไป เพราะยังไม่อยากกลับบ้าน
- ☐ ไม่ไป เพราะต้องรีบกลับไปทำการบ้าน วันหยุดจะได้ไปเที่ยว
- ☐ ไม่ไป เพราะเพื่อนที่เรียนกันคนละห้องไม่สนิทกัน
- ☐ ไป เพราะถ้ากลับบ้านเร็วต้องช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน

5. เพื่อนสนิทพยายามให้สูบบุหรี่ นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ สูบ เพราะเราเป็นเพื่อนที่รักกันมาก
- ☐ ไม่สูบ เพราะคบกันในความเป็นเพื่อน เรื่องบุหรี่ไม่เกี่ยว
- ☐ ไม่สูบ เพราะรู้ว่ามียันตรายต่อตัวผู้สูบบ่อย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้วย
- ☐ สูบ เพื่อให้เพื่อนเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

6. ระหว่างที่เครียดและมีปัญหาหลายเรื่องที่เกิดไม่ตก กลุ่มเพื่อนสนิทให้ทดลองสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ ดีเหมือนกัน ถ้าช่วยได้จะทดลองสูบ
- ☐ ไม่ทดลองสูบ เพราะคิดว่าวิธีการอื่นช่วยได้มากกว่าแน่นอน
- ☐ ไม่ทดลองสูบ เพราะไม่ชอบกลิ่นและควันบุหรี่
- ☐ ทดลองสูบ ถ้าช่วยได้จะบอกเพื่อนคนอื่นๆ ต่อไป

7. ขณะที่นักเรียนรู้สึกเหงา เพื่อนมาบอกว่าสูบบุหรี่จะช่วยได้ นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร

- ☐ สูบตามที่เพื่อนบอก จะได้หายเหงา
- ☐ ไม่สูบ เพราะรู้ว่าที่เหงาเนื่องจากอยู่คนเดียว
- ☐ ไม่สูบ เพราะบุหรี่มีควันพิษ ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด
- ☐ สูบ เพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อความเป็นเพื่อน

4.2 แบบวัดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็น
ของนักเรียนมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

1. ขณะทำกิจกรรมค่ายมีเพื่อนมาชวนให้ลองสูบบุหรี่ นักเรียนจะพูดกับเพื่อนอย่างไร

- ☐ “เออ ลองสูบก็ได้ เรามันเพื่อนซี้กันอยู่แล้ว”
- ☐ “ลองสักหน่อย สูบครั้งเดียว คงไม่ดีคนนะ”
- ☐ ปฏิเสธคำชวน โดยบอกว่า “ไม่ชอบ มันเป็นเรื่องไม่ดี”
- ☐ ปฏิเสธคำชวน โดยบอกว่า “ไม่ชอบ และขอโทษนะที่ชวน”

2. เมื่อเพื่อนมาชวนนักเรียนให้ไปเป็นเพื่อนเพื่อซื้อบุหรี่ นักเรียนจะพูดกับเพื่อนอย่างไร

- ☐ “ไม่ไปหรอก เพราะต้องเฝ้าบ้าน พ่อกับแม่จะไปธุระ”
- ☐ “ไม่ไปหรอก ต้องไปเยี่ยมคุณยาย อย่าโกรธนะ”
- ☐ ไป เพราะเกรงใจเพื่อน ไม่อยากให้เพื่อนโกรธ โดยบอกว่า “ไปก็ไป”
- ☐ “ไปก็ได้ แค่ไปเป็นเพื่อนเท่านั้นนะ”

3. สายฟ้าเป็นเพื่อนของนักเรียนที่ชอบสูบบุหรี่ช่วงใกล้สอบ สายฟ้าได้มาชวนนักเรียนให้ลองสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียดเวลาอ่านหนังสือ นักเรียนจะตอบสายฟ้าว่าอย่างไร

- ☐ “ไม่เอาหรอก เรากลัวติด นายเอาไปให้คนอื่นเถอะ”
- ☐ “ไม่เอาหรอก เราไม่ชอบสูบบุหรี่ ขอบใจนะที่หวังดี เรามาติวหนังสือกันดีกว่า”
- ☐ “ไม่เอาหรอก อย่ามายุ่งกับเราเลย เราไม่สนใจ”
- ☐ “ไม่เอาหรอก เรากลัวติด และเราไม่มีเงินซื้อ”

4. สมชายมาชวนนักเรียนไปงานวันเกิดของสมคิดในวันเสาร์ที่จะถึงนี้ ซึ่งนักเรียนทราบมาว่าเพื่อนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมชอบสูบบุหรี่กันทุกคน นักเรียนจะตอบสมชายว่าอย่างไร

- ☐ “ไม่ไปหรอก เราไม่ชอบอดนอน ขอบใจนะที่ชวน”
- ☐ “ไม่ไปหรอก เราไม่ค่อยสนิทกับสมคิด”
- ☐ “เออ... น่าสนใจ เราต้องลองขออนุญาตแม่ก่อนนะ”
- ☐ “เออ... น่าสนใจ ขอเราคิดก่อนนะ เชนนี้จะให้คำตอบ”

5. เมื่อรุ่นพี่ให้ลองสูบบุหรี่ นักเรียนปฏิเสธไปแล้วครั้งหนึ่งทำให้รุ่นพี่โกรธมาก จึงเรียกกลุ่มเพื่อนมาบังคับนักเรียนให้สูบบุหรี่ให้ได้ นักเรียนจะใช้คำพูดใดตอบว่าอย่างไร

- ☐ “เคยเชื่อพี่มาตลอด แต่เรื่องบุหรี่คงไม่ยุ่งดีกว่า ขอตัวก่อนนะพี่”
- ☐ “ไม่ใช่ว่าไม่เชื่อใจนะ แต่เลิกสูบนานแล้ว”
- ☐ “ที่สูบเมื่อก่อนคือทดลองเท่านั้น ตอนนี้เลิกแล้ว”
- ☐ “ถึงอย่างไรก็ไม่สูบเด็ดขาด ไว้คุยกันเรื่องอื่นดีกว่านะ”

6. เมื่อกลุ่มเพื่อนชวนนักเรียนว่า “ถ้าอยากเข้ากลุ่มเพื่อน จะต้องปฏิบัติตามกฎของกลุ่ม โดยการสูบบุหรี่ก่อนเป็นอันดับแรก” นักเรียนจะใช้คำพูดใดตอบว่าอย่างไร

- ☐ “อย่าชวนกันให้ยากเลย เราไม่กลัวหรอกเพื่อน”
- ☐ “ถ้าไม่สูบแล้วไม่ให้เข้ากลุ่ม เราคงไม่มีกลุ่มแน่ๆเลย สูบก็สูบ”
- ☐ “ขอร้องเถอะ ให้ทำอย่างอื่นแทนก็แล้วกัน ไปเล่นกีฬาดีกว่านะ”
- ☐ “กฎของกลุ่มยกเลิกได้แล้ว เพราะใช้ไม่ได้กับเราหรอกนะจะบอกให้”

4.3 แบบวัดการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะขอคำแนะนำจากพ่อแม่			
2. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนมักทำกิจกรรมอื่นทดแทน เช่น เล่นกีฬา เล่นดนตรี			
3. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะเก็บอารมณ์และอยู่ในที่เงียบๆ ตามลำพัง			
4. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะปรึกษาเพื่อนสนิท			
5. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่			
6. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยการดื่มสุรา			
7. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนผ่อนคลายโดยนับ 1-10 หรือหายใจลึกๆ			
8. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนพยายามจัดการกับปัญหาโดยไม่เอาอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง			
9. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อน			
10. นักเรียนพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้ นักเรียนเกิดความเครียด			

ส่วนที่ 5 การนับถือตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของนักเรียนมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	โดยภาพรวมแล้วข้าพเจ้าพึงพอใจในตนเอง					
2.	ข้าพเจ้าคิดว่า ข้าพเจ้าไม่ได้ดีไปเสียทั้งหมด					
3.	ข้าพเจ้าคิดว่า ข้าพเจ้ามีดีอยู่ในตัวพอสมควร					
4.	ข้าพเจ้าสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้พอๆ กับคนอื่น					
5.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่มีอะไรที่จะทำให้ ภาคภูมิใจในตัวเองนัก					
6.	ข้าพเจ้ามักรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่มีประโยชน์					
7.	ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองมีคุณค่าและดีพอๆ กับคนอื่น					
8.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าควรจะเคารพตัวเองมากกว่านี้					
9.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรก็ล้มเหลว					
10.	ข้าพเจ้ามีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง					

สำหรับครู

แบบสัมภาษณ์ สังกัด ข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

ตำแหน่ง

1. การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- | | |
|--|--|
| ☐ ไม่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ | ☐ เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง |
| ☐ เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน | ☐ เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง |

2. นโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

2.1 โรงเรียนมีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของนักเรียนหรือไม่ มีรายละเอียดอย่างไรบ้าง

- ☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร.....

2.2 ในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน โรงเรียนได้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่และสารเสพติด หรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี นโยบายสารเสพติดทั่วไป ☐ มี นโยบายด้านบุหรี่โดยตรง

- ถ้ามี นโยบายและแผนดังกล่าว มีรายละเอียดอย่างไรบ้าง

.....

2.3 ใครเป็นผู้กำหนดนโยบายการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน

- | | |
|--|---|
| ☐ กระทรวงศึกษาธิการ | ☐ โรงเรียนเป็นผู้ริเริ่มกำหนดเอง |
| ☐ โรงเรียนกำหนดร่วมกับผู้ปกครอง | ☐ อื่นๆ ได้แก่ |

2.4 โรงเรียนได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้เป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ หรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร.....

2.5 โรงเรียนมีกลวิธีอย่างไรในการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ เพื่อให้ครู เจ้าหน้าที่ นักเรียน และผู้ปกครอง เกิดการรับรู้และการปฏิบัติตามนโยบาย

.....

2.6 โรงเรียนมีการประชุมคณะครูเพื่อรับทราบนโยบายเรื่องการห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน

- ☐ ไม่มี ☐ มี

2.7 โรงเรียนมีการแจ้งนโยบายเรื่องการห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียนให้นักเรียนทราบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินการอย่างไร

☐ ประกาศเสียงตามสายในโรงเรียน ☐ ติดประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร

☐ ประชุมชี้แจงนโยบายแก่นักเรียน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

2.8 โรงเรียนมีการแจ้งนโยบายเรื่องการห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียนให้แก่ผู้ปกครองทราบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินการอย่างไร

☐ ส่งจดหมายแจ้งให้ทราบ ☐ ประชุมชี้แจงนโยบายแก่ผู้ปกครอง

☐ อื่นๆ (ระบุ)

2.9 โรงเรียนมีการปิดประกาศนโยบายห้ามสูบบุหรี่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ติดประกาศอยู่ในบริเวณใด

☐ ห้องผู้อำนวยการ ☐ ห้องพัสดุ

☐ บอร์ดประชาสัมพันธ์ของโรงเรียน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

2.10 โรงเรียนมีการสำรวจจำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร

2.11 หากนักเรียนมีการกระทำผิดกฎของทางโรงเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โรงเรียนมีการดำเนินการกับนักเรียนหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินการอย่างไร

☐ ตักเตือน ☐ บำเพ็ญประโยชน์ ☐ ตี

☐ หักคะแนน ☐ ทำทัณฑ์บน ☐ เชิญผู้ปกครองมาพบ

☐ ไล่ออก ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างและแนวทางแก้ไข

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร.....

- การดำเนินงานที่ผ่านมามีบุคลากรหน่วยงานอื่นร่วมดำเนินการหรือไม่ มีปัญหา

อุปสรรคและแนวทางแก้ไขอย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร.....

3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (ตามประกอบการสังเกต)

3.1 มีการติดป้ายแสดงว่าเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ หรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ

☐ มี

3.2 มีการติดป้าย / สติกเกอร์ ห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน หรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ

☐ มี

3.3 มีร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ อยู่ในโรงเรียน หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

3.4 มีร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ อยู่ใกล้บริเวณโรงเรียน หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

4. สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน

4.1 มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินกิจกรรมอย่างไรบ้าง

☐ จัดบอร์ดนิทรรศการ ☐ จัดเดินรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ☐ จัดประกวดคำขวัญ

☐ รณรงค์การไม่สูบบุหรี่เข้าไปในกิจกรรมพิเศษของโรงเรียน

☐ อื่นๆ (ระบุ)

- ถ้ามี ใครมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ นักเรียน ☐ ครู ☐ บุคลากรในโรงเรียน

☐ ครอบครัวนักเรียน ☐ บุคคลในชุมชน

☐ อื่นๆ (ระบุ)

4.2 มีชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ปัจจุบันยังดำเนินการอยู่

☐ เคยมี แต่เลิกไปแล้ว เพราะเหตุใดจึงเลิก

4.3 โรงเรียนมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ร่วมกับผู้ปกครอง หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินการอย่างไรบ้าง

- ☐ ให้ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างแก่นักเรียนในเรื่องการไม่สูบบุหรี่
- ☐ โครงการบ้านปลอดบุหรี่
- ☐ โครงการเลิกบุหรี่เพื่อลูก
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)

4.4 โรงเรียนมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ร่วมกับชุมชน หรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ดำเนินกิจกรรมอย่างไรบ้าง

- ☐ จัดบอร์ดนิทรรศการ
- ☐ จัดเดินรณรงค์ไม่สูบบุหรี่
- ☐ รณรงค์การไม่สูบบุหรี่เข้าไปในกิจกรรมพิเศษต่างๆ ของชุมชน
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- ถ้ามี ใครมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ นักเรียน ☐ ครู ☐ บุคลากรในโรงเรียน
- ☐ ครอบครัวนักเรียน ☐ บุคคลในชุมชน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างและแนวทางแก้ไข

.....

5. ความสัมพันธ์กับชุมชน

ข้อ	กิจกรรม	ไม่ทำ	ทำ
5.1	ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน		
5.2	โรงเรียนมีกิจกรรมให้ผู้ประกอบการและนักเรียนได้ร่วมกันรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในวันงดสูบบุหรี่โลก		
5.3	โรงเรียนแจ้งให้ชุมชนทราบถึงโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่จะดำเนินการ โดยผ่านสื่อท้องถิ่น		
5.4	ครูมีส่วนร่วมในกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ของชุมชนในวันงดสูบบุหรี่โลก		
5.5	ครูมีส่วนร่วมในกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ของชุมชนในงานกีฬาต่อต้านยาเสพติด		
5.6	มีกิจกรรมให้นักเรียนตรวจร้านค้าที่ขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี รอบบริเวณโรงเรียน		
5.7	มีกิจกรรมให้นักเรียนตรวจร้านค้าที่ขายบุหรี่รอบบริเวณโรงเรียน เพื่อการตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย		
5.8	อื่นๆ ระบุ.....		

6. หลักสูตร และกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่

6.1 มีการจัดอบรมครู ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร

6.2 มีหน่วยการเรียนรู้ที่สอนเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติดทั่วไป หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

6.3 มีหน่วยการเรียนรู้ที่สอนนักเรียนเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่โดยเฉพาะ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

6.4 มีกิจกรรมบูรณาการการเรียนการสอนให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี อยู่ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ใดบ้าง

- ☐ สุขศึกษาและพลศึกษา ☐ ภาษาไทย ☐ คณิตศาสตร์
☐ วิทยาศาสตร์ ☐ ภาษาต่างประเทศ ☐ ศิลปะ
☐ การงานอาชีพ และเทคโนโลยี ☐ สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม

- ถ้ามี ได้จัดกิจกรรมใดบ้าง

- ☐ กิจกรรมชุมนุม ☐ กิจกรรมกีฬา ☐ การรณรงค์
☐ อื่นๆ (ระบุ)

6.5 ในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนมีกระบวนการจัดการเรียนรู้ในเรื่องยาเสพติดทั่วไปอย่างไรบ้าง

.....

6.6 ในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนมีกระบวนการจัดการเรียนรู้ในเรื่องบุหรี่ อย่างไรบ้าง

.....

6.6 ในการจัดการเรียนการสอนมีการเน้นทักษะใดให้นักเรียนบ้าง และมีกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างไร

.....

6.7 มีการใช้สื่อ / อุปกรณ์ เพื่อการเรียนการสอน หรือจัดกิจกรรมการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี อุปกรณ์ หรือสื่อต่างๆ เหล่านั้นได้มาจากที่ใด

- ☐ ครูผลิตเอง ☐ นักเรียนผลิตเอง
☐ ขอมจากหน่วยงานของรัฐ ☐ ขอมจากหน่วยงานของเอกชน
☐ ซื้อมา ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- อุปกรณ์ หรือสื่อต่างๆ มีใช้อย่างเพียงพอหรือไม่

☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ

- การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างและแนวทางแก้ไข

.....

7. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

7.1 โรงเรียนมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการควบคุมยาสูบ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร

7.2 โรงเรียนมีบริการช่วยเหลือนักเรียนที่สูบบุหรี่ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

- ถ้ามี ช่วยเหลืออย่างไร

☐ ให้คำปรึกษา ☐ แนะนำให้ไปบำบัดที่คลินิกอดบุหรี่

☐ ส่งตัวไปบำบัดที่คลินิกอดบุหรี่ ☐ อื่นๆ ระบุ

7.3 มีการติดตามผลนักเรียนที่ได้รับบริการเลิกบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี อย่างไร

แบบสังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน

โรงเรียน.....

วันที่.....เวลา.....น.

ผู้สังเกต.....

ข้อ	ข้อความ	มี	ไม่มี
1	มีการติดป้ายแสดงว่าเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่		
2	มีการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน		
	- หน้าโรงเรียน		
	- อาคารเรียน		
	- ในห้องเรียน		
	- ห้องพักครู		
	- ห้องน้ำ		
	- โรงอาหาร		
	- อื่นๆ ระบุ.....		
3	มีร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่อยู่ในโรงเรียน		
4	มีร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่อยู่ใกล้บริเวณโรงเรียน		
5	มีการจัดเขตสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน		
6	มีการทิ้งก้นบุหรี่บนพื้นในบริเวณโรงเรียน		
7	มีการจัดบอร์ดเกี่ยวกับบุหรี่ในโรงเรียน		

.....
()

ผู้สังเกต

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
1.	ในบุหรี่มีสารชนิดใดที่สูบแล้วทำให้เกิดบุหรี่			381 (78.9)	102 (21.1)
	ก. ทาร์	37	7.7		
/	ข. นิโคติน	381	78.9		
	ค. แอมโมเนีย	38	7.9		
	ง. คาร์บอนมอนนอกไซด์	27	5.6		
2.	สารชนิดใดในบุหรี่ที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด			163 (33.7)	320 (66.3)
/	ก. ทาร์	163	33.7		
	ข. คาร์บอนมอนนอกไซด์	121	25.1		
	ค. นิโคติน	166	34.4		
	ง. ไนโตรเจนไดออกไซด์	33	6.8		
3.	สารใดต่อไปนี้ไม่ได้เป็นสารประกอบที่อยู่ในบุหรี่			154 (31.9)	329 (68.1)
	ก. แอมโมเนีย	143	29.6		
/	ข. โซเดียมไฮดรอกไซด์	154	31.9		
	ค. คาร์บอนมอนนอกไซด์	54	11.2		
	ง. ไนโตรเจนไดออกไซด์	132	27.3		
4.	บุหรี่ออกฤทธิ์อย่างไรกับตัวผู้สูบ			207 (42.9)	276 (57.1)
	ก. กดประสาท	100	20.7		
	ข. กระตุ้นประสาท	143	29.6		
	ค. หลอนประสาท	33	6.8		
/	ง. ออกฤทธิ์ผสมผสาน	207	42.9		
5.	เพราะเหตุใดบุหรี่จึงทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง			80 (16.6)	403 (83.4)
	ก. เพราะสารพิษในบุหรี่ทำให้ถุงลมในปอดเพิ่มจำนวนและขนาดมากขึ้น	129	26.7		
	ข. เพราะสารพิษในบุหรี่ทำให้ปอดแตกจนทำให้เลือดออกในปอด	60	12.4		
/	ค. เพราะสารพิษในบุหรี่ทำให้ถุงลมในปอดฉีกขาดและรวมตัวกันมีขนาดใหญ่ขึ้น	80	16.6		
	ง. เพราะสารพิษในบุหรี่ทำให้ถุงลมในปอดหยุดการฟอกเลือดทำให้หอบและเหนื่อย	214	44.3		

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
6.	ข้อใดเป็นสาเหตุของอาการเขียวคล้ำบริเวณริมฝีปากของผู้สูบบุหรี่			262 (54.2)	221 (45.8)
	ก. เพราะเส้นเลือดฝอยในร่างกายหดตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง	80	16.6		
	ข. เพราะเส้นเลือดฝอยในร่างกายขยายตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง	54	11.2		
/	ค. เพราะเส้นเลือดฝอยบริเวณริมฝีปากหดตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง	262	54.2		
	ง. เพราะเส้นเลือดฝอยบริเวณริมฝีปากขยายตัวทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำลง	87	18.0		
7.	โรคใดที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตมากที่สุด			411 (85.1)	72 (14.9)
	ก. โรคความดันโลหิตสูง	14	2.9		
	ข. โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	41	8.5		
/	ค. มะเร็งปอด	411	85.1		
	ง. มะเร็งหลอดอาหาร	17	3.5		
8.	การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูบบมากที่สุด			380 (78.7)	103 (21.3)
	ก. ทำให้เพศตรงข้ามสนใจ	21	4.3		
/	ข. ทำให้นำไปสู่การเสพติดชนิดอื่นๆ	380	78.7		
	ค. ทำให้ก่อการทะเลาะวิวาท	39	8.1		
	ง. ทำให้ครอบครัวแตกแยก	43	8.9		
9.	การสูบบุหรี่จะมีผลต่อคนข้างเคียงอย่างไร			392 (81.2)	91 (18.8)
	ก. ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ	14	2.9		
	ข. ทำให้ติดบุหรี่ได้	44	9.1		
	ค. ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน	33	6.8		
/	ง. ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมเหมือนผู้สูบบุหรี่	392	81.2		
10.	ถ้าหญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่จะมีผลต่อทารกในครรภ์อย่างไร			210 (43.5)	273 (56.5)
	ก. เป็นวันโรคปอดตั้งแต่เกิด	91	18.8		
	ข. เป็นถุงลมโป่งพองตั้งแต่เกิด	81	16.8		
	ค. สำนึกคว้นบุหรี่ทำให้หุุดหายใจ	101	20.9		
/	ง. จะเกิดการแท้งได้ง่าย	210	43.5		

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
11.	เขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 หมายถึงข้อใด			300 (62.1)	183 (37.9)
	ก. บริเวณที่ห้ามขายบุหรี่	81	16.8		
	ข. บริเวณที่ห้ามตั้งโชว์บุหรี่	61	12.6		
/	ค. บริเวณที่ห้ามมิให้สูบบุหรี่	300	62.1		
	ง. บริเวณที่ห้ามไม่ให้พกบุหรี่	41	8.5		
12.	สถานที่ใดต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่			307 (63.6)	176 (36.4)
	ก. รถโดยสารประจำทาง	47	9.7		
	ข. ห้องสุขา	76	15.7		
	ค. ห้องสมุด	53	11.0		
/	ง. ห้องพักผ่อนส่วนตัว	307	63.6		
13.	หากสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จะต้องเสียค่าปรับตามข้อใด			244 (50.5)	239 (49.5)
	ก. ปรับไม่เกิน 1,000 บาท	111	23.0		
/	ข. ปรับไม่เกิน 2,000 บาท	244	50.5		
	ค. ปรับไม่เกิน 3,000 บาท	53	11.0		
	ง. ปรับไม่เกิน 5,000 บาท	75	15.5		
14.	ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ผู้ซื้อที่มีอายุเท่าใด			395 (81.8)	88 (18.2)
	ก. อายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์	48	9.9		
/	ข. อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์	395	81.8		
	ค. อายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์	30	6.2		
	ง. อายุต่ำกว่า 24 ปี บริบูรณ์	10	2.1		
15.	ข้อใดต่อไปนี้เป็นได้กระทำได้ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535			97 (20.1)	386 (79.9)
	ก. ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย	218	45.1		
	ข. แจกผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ทดลองเป็นสินค้าตัวอย่าง	78	16.1		
/	ค. โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในรายการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ	97	20.1		
	ง. ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่นักลกรซึ่งมีอายุ 17 ปี บริบูรณ์สูบ	90	18.6		

เจตคติต่อการสูบบุหรี่

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การสูบบุหรี่ทำให้สมองปลอดโปร่ง (-)	22 (4.6)	19 (3.9)	31 (6.4)	81 (16.8)	330 (68.3)
2.	การสูบบุหรี่ช่วยเสริมบุคลิกให้ดูเท่ (-)	8 (1.7)	9 (1.9)	29 (6.0)	139 (28.8)	298 (61.7)
3.	การสูบบุหรี่ช่วยให้อ่านหนังสือได้นานขึ้น (-)	5 (1.0)	4 (0.8)	34 (7.0)	130 (26.9)	310 (64.2)
4.	การสูบบุหรี่ทำให้ผลการเรียนเสีย (+)	234 (48.4)	117 (24.2)	56 (11.6)	24 (5.0)	52 (10.8)
5.	ท่านรู้สึกไม่ชอบกลิ่นควันบุหรี่ (+)	294 (60.9)	76 (15.7)	21 (4.3)	28 (5.8)	64 (13.3)
6.	การสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (-)	9 (1.9)	18 (3.7)	53 (11.0)	128 (26.5)	275 (56.9)
7.	การสูบบุหรี่จะทำให้รู้สึกสดชื่นแจ่มใส (-)	7 (1.4)	12 (2.5)	47 (9.7)	114 (23.6)	303 (62.7)
8.	การสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียดได้ (-)	13 (2.7)	30 (6.2)	95 (19.7)	119 (24.6)	226 (46.8)
9.	การสูบบุหรี่ทำให้ลืมเรื่องที่ไม่สบายใจได้ (-)	6 (1.2)	28 (5.8)	122 (25.3)	119 (24.6)	208 (43.1)
10.	บุหรี่คือเพื่อนที่ดีที่สุดในเวลาเหงา (-)	6 (1.2)	17 (3.5)	39 (8.1)	128 (26.5)	293 (60.7)
11.	การสูบบุหรี่ช่วยดึงดูดใจต่อเพศตรงข้ามได้ (-)	7 (1.4)	9 (1.9)	64 (13.3)	115 (23.8)	288 (59.6)
12.	ท่านรู้สึกรังเกียจคนที่สูบบุหรี่ (+)	152 (31.5)	110 (22.8)	111 (23.0)	62 (12.8)	48 (9.9)
13.	การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าคุณเป็นผู้ใหญ่ (-)	4 (0.8)	17 (3.5)	59 (12.2)	136 (28.2)	267 (55.3)
14.	การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนยอมรับมากขึ้น (-)	5 (1.0)	13 (2.7)	51 (10.6)	123 (25.5)	291 (60.2)
15.	การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง (+)	331 (68.5)	63 (13.0)	8 (1.7)	17 (3.5)	64 (13.3)

ทักษะการตัดสินใจ

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ถ้าเพื่อนสนิทในกลุ่มเดียวของนักเรียนสูบบุหรี่ทุกคน นักเรียนรู้สึกว่ายากทดลองสูบบุหรี่บ้าง แต่กลัวคิด นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะจะได้อยู่กับกลุ่มเดียวกันได้	19	3.9
ข.	☐ ไม่สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะทราบว่าบุหรี่ทำลายสุขภาพ	301	62.3
ค.	☐ ไม่สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพราะถึงเพื่อนจะสูบ ก็ไม่เกี่ยวกับเรา	152	31.5
ง.	☐ สูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน เพื่อให้อยู่กับกลุ่มเพื่อนได้นานๆ	11	2.3
2.	เมื่อเห็นคารา นักร้องวัยรุ่นสูบบุหรี่ แสดงความโก้ เก๋ และเทห์อย่างเห็นได้ชัด นักเรียนเกิดความรู้สึกอยากโก้ เก๋ และเทห์บ้าง นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ จะทดลองสูบบุหรี่สักครั้ง แล้วจะไม่สูบบุหรี่อีก เพราะไม่อยากคิด	28	5.8
ข.	☐ ไม่สูบบุหรี่คิดว่า เพราะเราชื่นชมความสามารถไม่ได้ชื่นชมความโก้ เก๋ และเทห์	274	56.7
ค.	☐ ไม่สูบบุหรี่คิดว่า ถ้าลองแล้วอาจจะติดได้	170	35.2
ง.	☐ จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง เพื่อแสดงความโก้ เก๋ และเทห์ ต่อหน้าเพื่อนต่างเพศ	11	2.3
3.	เมื่อถูกชักชวนเข้ากลุ่มเพื่อน แต่มีข้อแม้ว่าจะต้องสูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อนก่อนถึงจะรับเข้ากลุ่ม นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ สูบทันที เพราะอยากเข้ากลุ่มเพื่อนอยู่แล้ว	15	3.1
ข.	☐ ไม่สูบบุหรี่ เพราะถ้าติดแล้วเลิกยาก หรืออาจจะเลิกไม่ได้เลย	212	43.9
ค.	☐ ไม่สูบบุหรี่ เพราะไม่มีความจำเป็นต้องเข้ากับเพื่อนกลุ่มนี้	243	50.3
ง.	☐ สูบ เพราะไม่อยากมีเรื่องกับเพื่อนกลุ่มนี้	13	2.7
4.	วันศุกร์หลังเลิกเรียน ระหว่างรอขึ้นรถกลับบ้าน มีกลุ่มเพื่อนที่เรียนคนละห้องชวนไปสูบบุหรี่ที่หอพักเพื่อน นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ ไป เพราะยังไม่อยากกลับบ้าน	10	2.1
ข.	☐ ไม่ไป เพราะต้องรีบกลับไปทำการบ้าน วันหยุดจะได้ไปเที่ยว	301	62.3
ค.	☐ ไม่ไป เพราะเพื่อนที่เรียนกันคนละห้องไม่สนิทกัน	166	34.4
ง.	☐ ไป เพราะถ้ากลับบ้านเร็วต้องช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน	6	1.2
5.	เพื่อนสนิทพยายามให้สูบบุหรี่ นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ สูบ เพราะเราเป็นเพื่อนที่รักกันมาก	14	2.9
ข.	☐ ไม่สูบบุหรี่ เพราะคบกันในความเป็นเพื่อน เรื่องบุหรี่ไม่เกี่ยว	266	55.1
ค.	☐ ไม่สูบบุหรี่ เพราะรู้ว่ามียันตรายต่อตัวผู้สูบบ่อย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้วย	192	39.8
ง.	☐ สูบ เพื่อให้เพื่อนเกิดความรู้สึกไว้วางใจ	11	2.3

ทักษะการตัดสินใจ (ต่อ)

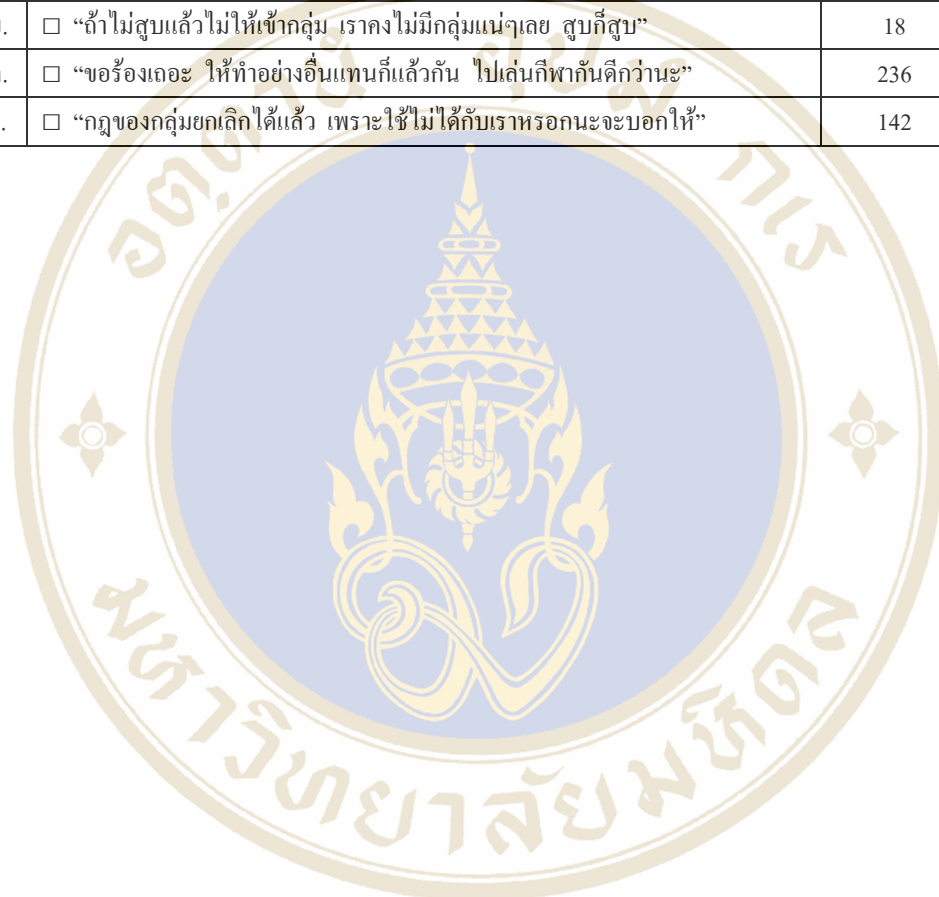
ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6.	ระหว่างที่เครียดและมีปัญหาหลายเรื่องที่เกิดขึ้นไม่ตก กลุ่มเพื่อนสนิทให้ทดลองสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ ดีเหมือนกัน ถ้าช่วยได้จะทดลองสูบ	19	3.9
ข.	☐ ไม่ทดลองสูบ เพราะคิดว่าวิธีการอื่นช่วยได้มากกว่าแน่นอน	335	69.4
ค.	☐ ไม่ทดลองสูบ เพราะไม่ชอบกลิ่นและควันบุหรี่	122	25.3
ง.	☐ ทดลองสูบ ถ้าช่วยได้จะบอกเพื่อนคนอื่นๆ ต่อไป	7	1.4
7.	ขณะที่นักเรียนรู้สึกเหงา เพื่อนมาบอกว่าสูบบุหรี่จะช่วยได้ นักเรียนจะตัดสินใจในสถานการณ์นี้อย่างไร		
ก.	☐ สูบตามที่เพื่อนบอก จะได้หายเหงา	19	3.9
ข.	☐ ไม่สูบ เพราะรู้ว่าที่เหงาเนื่องจากอยู่คนเดียว	206	42.7
ค.	☐ ไม่สูบ เพราะบุหรี่มีควันพิษ ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด	254	52.6
ง.	☐ สูบ เพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อความเป็นเพื่อน	4	0.8

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ขณะทำกิจกรรมค่ายมีเพื่อนมาชวนให้ลองสูบบุหรี่ นักเรียนจะพูดกับเพื่อนอย่างไร		
ก.	☐ “เออ ลองสูบกี้ได้ เรามั่นเพื่อนซี้กันอยู่แล้ว”	12	2.5
ข.	☐ “ลองสักหน่อย สูบครั้งเดียว คงไม่คิดนะ”	29	6.0
ค.	☐ ปฏิเสธคำชวน โดยบอกว่า “ไม่ชอบ มันเป็นสิ่งไม่ดี”	288	59.6
ง.	☐ ปฏิเสธคำชวน โดยบอกว่า “ไม่ชอบ และขอปิ่นอะไรที่ชวน”	154	31.9
2.	เมื่อเพื่อนมาชวนนักเรียนให้ไปเป็นเพื่อนเพื่อซื้อบุหรี่ นักเรียนจะพูดกับเพื่อนอย่างไร		
ก.	☐ “ไม่ไปหรอก เพราะต้องเฝ้าบ้าน พ่อกับแม่จะไปธุระ”	256	53.0
ข.	☐ “ไม่ไปหรอก ต้องไปเยี่ยมคุณยาย อย่าโกรธนะ”	102	21.1
ค.	☐ ไป เพราะเกรงใจเพื่อน ไม่อยากให้เพื่อนโกรธ โดยบอกว่า “ไปก็ไป”	27	5.6
ง.	☐ “ไปก็ไป แต่ไปเป็นเพื่อนเท่านั้นนะ”	98	20.3
3.	สายฟ้าเป็นเพื่อนของนักเรียนที่ชอบสูบบุหรี่ช่วงใกล้สอบ สายฟ้าได้มาชวนนักเรียนให้ลองสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียดเวลาอ่านหนังสือ นักเรียนจะตอบสายฟ้าว่าอย่างไร		
ก.	☐ “ไม่เอาหรอก เรากลัวติด นายเอาไปให้คนอื่นเถอะ”	73	15.1
ข.	☐ “ไม่เอาหรอก เราไม่ชอบสูบบุหรี่ ขอปิ่นอะไรที่หวังดี เรามาติวหนังสือกันดีกว่า”	289	59.8
ค.	☐ “ไม่เอาหรอก อย่ามายุ่งกับเราเลย เราไม่สนใจ”	82	17.0
ง.	☐ “ไม่เอาหรอก เรากลัวติด และเราไม่มีเงินซื้อ”	39	8.1
4.	สมชายมาชวนนักเรียนไปงานวันเกิดของสมคิดในวันเสาร์ที่จะถึงนี้ ซึ่งนักเรียนทราบมาว่าเพื่อนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมชอบสูบบุหรี่กันทุกคน นักเรียนจะตอบสมชายว่าอย่างไร		
ก.	☐ “ไม่ไปหรอก เราไม่ชอบคนนอน ชอบปิ่นอะไรที่ชวน”	238	49.3
ข.	☐ “ไม่ไปหรอก เราไม่ค่อยสนิทกับสมคิด”	180	37.3
ค.	☐ “เออ... น่าสนใจ เราต้องลองขออนุญาตแม่ก่อนนะ”	36	7.5
ง.	☐ “เออ... น่าสนใจ ขอเรารีดก่อนนะ เย็นนี้จะให้คำตอบ”	29	6.0
5.	เมื่อรุ่นพี่ให้ลองสูบบุหรี่ นักเรียนปฏิเสธไปแล้วครั้งหนึ่งทำให้รุ่นพี่โกรธมาก จึงเรียกกลุ่มเพื่อนมาบังคับนักเรียนให้สูบบุหรี่ให้ได้ นักเรียนจะใช้คำพูดได้ตอบว่าอย่างไร		
ก.	☐ “เคยเชื่อพี่มาตลอด แต่เรื่องบุหรี่คงไม่ยุ่งดีกว่า ขอตัวก่อนนะพี่”	225	46.6
ข.	☐ “ไม่ใช่ว่าไม่เชื่อปิ่นนะ แต่เลิกสูบนานแล้ว”	95	19.7
ค.	☐ “ที่สูบเมื่อก่อนคือทดลองเท่านั้น ตอนนี้เลิกแล้ว”	32	6.6
ง.	☐ “ถึงอย่างไรก็ไม่สูบดีดขาด ไว้คุยกันเรื่องอื่นดีกว่านะ”	131	27.1

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6.	เมื่อกลุ่มเพื่อนชวนนักเรียนว่า “ถ้าอยากเข้ากลุ่มเพื่อน จะต้องปฏิบัติตามกฎของกลุ่ม โดยการสูบบุหรี่ก่อนเป็นอันดับแรก” นักเรียนจะใช้คำพูดใดตอบว่าอย่างไร		
ก.	☐ “อย่าชวนให้ยากเลย เราไม่กลัวหรือเพื่อน”	87	18.0
ข.	☐ “ถ้าไม่สูบแล้วไม่ให้เข้ากลุ่ม เราคงไม่มีกลุ่มแน่ๆเลย สูบก็สูบ”	18	3.7
ค.	☐ “ขอร้องเถอะ ให้ทำอย่างอื่นแทนก็แล้วกัน ไปเล่นกีฬากันดีกว่านะ”	236	48.9
ง.	☐ “กฎของกลุ่มยกเลิกได้แล้ว เพราะใช้ไม่ได้กับเราหรือคนจะบอกให้”	142	29.4



การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะขอคำแนะนำจากพ่อแม่ (+)	373 (77.2)	34 (7.0)	76 (15.7)
2. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนมักทำกิจกรรมอื่นทดแทน เช่น เล่นกีฬา เล่นดนตรี (+)	404 (83.6)	41 (8.5)	38 (7.9)
3. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะเก็บอารมณ์และอยู่ในที่เงียบๆ ตามลำพัง (-)	155 (32.1)	222 (46.0)	106 (21.9)
4. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะปรึกษาเพื่อนสนิท (+)	275 (56.9)	88 (18.2)	120 (24.8)
5. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ (-)	18 (3.7)	419 (86.7)	46 (9.5)
6. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยการดื่มสุรา (-)	19 (3.9)	423 (87.6)	41 (8.5)
7. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนผ่อนคลายโดยนับ 1-10 หรือหายใจลึกๆ (+)	198 (41.0)	137 (28.4)	148 (30.6)
8. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนพยายามจัดการกับปัญหาโดยไม่เอาอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง (+)	265 (54.9)	67 (13.9)	151 (31.3)
9. เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะผ่อนคลายโดยไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อน (-)	35 (7.2)	78.9 (78.9)	13.9 (13.9)
10. นักเรียนพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้ นักเรียนเกิดความเครียด (+)	322 (66.7)	52 (10.8)	109 (22.6)

การนับถือตนเอง

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	โดยภาพรวมแล้วข้าพเจ้าพึงพอใจในตนเอง (+)	177 (36.6)	214 (44.3)	68 (14.1)	7 (1.4)	17 (3.5)
2.	ข้าพเจ้าคิดว่า ข้าพเจ้าไม่ได้ดีไปเสียทั้งหมด (+)	134 (27.7)	220 (45.5)	87 (18.0)	20 (4.1)	22 (4.6)
3.	ข้าพเจ้าคิดว่า ข้าพเจ้ามีดีอยู่ในตัวพอสมควร (+)	117 (24.2)	238 (49.3)	111 (23.0)	7 (1.4)	10 (2.1)
4.	ข้าพเจ้าสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้พอกับคนอื่น (+)	112 (23.2)	242 (50.1)	90 (18.6)	30 (6.2)	9 (1.9)
5.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่มีอะไรที่จะทำให้ภาคภูมิใจใน ตัวเองนัก (-)	40 (8.3)	63 (13.0)	179 (37.1)	156 (32.3)	45 (9.3)
6.	ข้าพเจ้ามักรู้สึกว่าตัวเองไม่มีประโยชน์ (-)	27 (5.6)	46 (9.5)	131 (27.1)	180 (37.3)	99 (20.5)
7.	ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองมีคุณค่าและดีพอกับคนอื่น (+)	122 (25.3)	223 (46.2)	104 (21.5)	23 (4.8)	11 (2.3)
8.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าควรจะเคารพตัวเองมากกว่านี้ (-)	24 (5.0)	49 (10.1)	136 (28.2)	188 (38.9)	86 (17.8)
9.	ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรก็ล้มเหลว (-)	19 (3.9)	40 (8.3)	155 (32.1)	181 (37.5)	88 (18.2)
10.	ข้าพเจ้ามีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง (+)	168 (34.8)	180 (37.3)	101 (20.9)	19 (3.9)	15 (3.1)



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2008-060

ชื่อโครงการ ปัจจัยองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับความรู้ เจตคติ ทักษะทางสังคม และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี

รหัสโครงการ 21/2551

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสุทธิดา นิมศรีกุล

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
 สาขาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
 เสด็จขึ้น จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประมุข โอศิริ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 5 มิถุนายน 2551

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 4 มิถุนายน 2552

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุทธิดา นิ่มศรีกุล
วัน เดือน ปีเกิด	23 ธันวาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543-2546 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขสำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี