



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น

The Factors Associated with Persistent Smoking in Adolescents

จินตหรา มีถาวร*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์**, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี**, วดีน พิพัฒน์ฉัตร***

Jintara Meetawon*, Komsan Kiatrungrit**, Sirichai Hongsanguansri**,

Vasin Pipattanachat***

- * ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
- ** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- *** ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- * Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development
- ** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
- *** Tobacco Control Research and Knowledge Management Center

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการเคยสูบบุหรี่ และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สังกัดกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) การสูบบุหรี่ 3) ระดับการติดสารนิโคติน 4) ความภาคภูมิใจในตนเอง 5) ภาวะซึมเศร้า และ 6) ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ (chi-square test, ANOVA, t-test และ multiple regression analysis)

ผลการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง 1,014 คน เป็นวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ 108 คน (ร้อยละ 10.61) ในจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 29 คน (ร้อยละ 2.85) ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเคยสูบบุหรี่คือมีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 (OR (CI) = 29.2 (1.52-5.62)) มีเพื่อนเคยชักชวนให้สูบบุหรี่ (OR (CI) = 3.93 (2.23-6.92)) การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ (OR (CI) = 5.42 (3.20-9.18)) มองว่าสามารถหาบุหรี่มาสูบบุหรี่ได้ง่าย (OR (CI) = 3.19 (1.74-5.84)) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง (OR (CI) = 1.06 (1.03-1.10)) แต่มีปัจจัยปกป้องการสูบบุหรี่คือคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจ (trust) สูง (OR (CI) = 0.09 (0.82-0.99)) และมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องคือการยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง (OR (CI) = 5.64 (1.67-19.60))

สรุป วัยรุ่นที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างจากวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ โดยผู้ปกครองที่แสดงความไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่อาจช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตามการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มสูบบุหรี่ เช่น ปัญหาการเรียน การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย และภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญเช่นกัน เพื่อช่วยป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวได้

คำสำคัญ วัยรุ่น การสูบบุหรี่ต่อเนื่อง การเคยสูบบุหรี่ ความผูกพัน ซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 21-34

Corresponding author: ผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02-201-1478 อีเมล: komsan.kei@gmail.com

วันรับ : 27 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข : 29 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ : 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Objective: To study the prevalence of ever smoking and persistent smoking among Thai students in the high school level as well as factors associated with those behaviours.

Methods: This study was a cross-sectional survey in students in high school grade 7-12 under supervision of the Bangkok Metropolitan Administration. The research instrument was the questionnaire to investigate: 1) personal data, 2) smoking, 3) nicotine addiction level, 4) self-esteem, 5) depression level, and 6) attachment with parents. Data was analysed by descriptive and analytical statistics (chi-square test, ANOVA, t-test, and Multiple Regression Analysis).

Results: From the sample consisting of 1,014 students, 108 of them ever smoked (10.61%) while 29 of them were the persistent smokers (2.85%). The risk factors associated with ever smoking behavior were: achieving the GPA less than or equal to 2.00 (OR (CI) = 29.2 (1.52-5.62)), being induced by friends to smoke (OR (CI) = 3.93 (2.23-6.92)), having close friends who smoked (OR (CI) = 5.42 (3.20-9.18)), percept that getting cigarettes to smoke is easy (OR (CI) = 3.19 (1.74-5.84)), and having high depression scores (OR (CI) = 1.06 (1.03-1.10)). However, the protective factor against smoking was the high scores of attachment with parents in term of trust (OR (CI) = 0.09 (0.82-0.99)). The risk factor of persistent smoking was their parents' acceptance in smoking (OR (CI) = 5.64 (1.67-19.60)).

Conclusion: Adolescents who are persistent smokers have certain different risk factors from the adolescents who ever smoked, that is, the parents' disapproval of smoking were the factors preventing students from the persistent smoking. However, reducing the factors related to smoking initiation, such as learning problems, having friends who smoke, easily access to cigarettes, and depression, were also important to prevent the initiation of smoking which may take effect to health in the long term.

Keywords: adolescence, persistent smoking, ever smoking, attachment, depression
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 21-34

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สร้างความเสี่ยงต่อสุขภาพนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและเสียชีวิต สร้างความเสียหายด้านเศรษฐกิจและสังคม ตามรายงานของ WHO Global Status Report on Alcohol and Health 2011 พบว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เป็นอันดับ 3 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย¹ จากรายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีการเสียชีวิตของประชากรไทยจากปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่สูงถึง 54,610 คน จัดเป็นอันดับ 1 ของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรไทยและก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.2 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2557²

ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 17.8 ปี ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 พบว่าทุกวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ (15-24 ปี) จะมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลงมากกว่ากลุ่มอื่นคือลดจากอายุ 16.8 ปี ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 15.6 ปี ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อายุของนักสูบหน้าใหม่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในเยาวชนไทยพบว่าร้อยละ 19 เริ่มหัดหรือลองสูบบุหรี่มวนแรกตั้งแต่อายุ 13-14 ปี³ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, Framework Conventional on Tobacco Control: WHO FCTC) โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดคือ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักถึงภาวะเสพติดและพิษภัยร้ายแรงของยาสูบ ป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบใหม่ ฝักระวังธุรกิจยาสูบ และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ

ซึ่งรวมถึงข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในสถานศึกษา⁴

การป้องกันการสูบบุหรี่มีความสำคัญดังได้กล่าวมา ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญ จากงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและอัตราการเริ่มสูบบุหรี่ของทั้งสองเพศมีความใกล้เคียงกันในทวีปอเมริกาเหนือ⁵ ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มประเทศ จีน กลับแตกต่างกับประเทศที่มีวัฒนธรรมตะวันตก คือพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่และเริ่มต้นสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง⁶ ปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญต่อมาคือโครงสร้างของครอบครัว ในครอบครัวที่มีทั้งพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกัน⁷ ในขณะที่เยาวชนที่มีเงินใช้จ่ายมากขึ้นมีระดับการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น⁸ งานวิจัยในอเมริกาและจีนพบว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ระหว่างพ่อแม่พี่น้องและคนรอบข้างรวมถึงปฏิกิริยาของผู้ปกครองต่อการสูบบุหรี่ของเด็ก สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนฝูง ความพร้อมและความสะดวกในการที่จะได้บุหรี่ อีกทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมกับการสูบบุหรี่วัยรุ่น เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั้นคือ การเริ่มต้นและความชุกของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมักเพิ่มขึ้นตามอายุ วัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่ในวัยหนุ่มสาวมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ และมีโอกาสน้อยที่จะเลิกสูบบุหรี่^{4,5} สอดคล้องกับงานวิจัยของไทยซึ่งศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครนครราชสีมาพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดี มีความนับถือตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีการยับยั้งใจตนเอง ปัจจัยทางด้านจิตในเหล่านี้มีส่วนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นรวมถึงพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้⁹

แม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ดังได้กล่าวมาแล้ว ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ว่ามีปัจจัยแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งการทราบถึงปัจจัยดังกล่าวอาจจะช่วยในการป้องกันผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่ไม่ให้กลายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องหรือติดยาสูบหรือในที่สุด รวมถึงยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ 1) ศึกษาความชุกของผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ (ความภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า) ความผูกพันกับครอบครัวและเพื่อน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังการวางแผนให้การศึกษาก่อนเพื่อป้องกันควบคู่กับการแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน และนำไปสู่การกำหนดมาตรการควบคุม การจัดหลักสูตรต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจ (survey research) เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยยอมรับค่าคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่เกิดขึ้นร้อยละ 5 จำนวน โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e แทน ความคลาดเคลื่อน

N แทน ขนาดประชากร (N = 37,234)

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

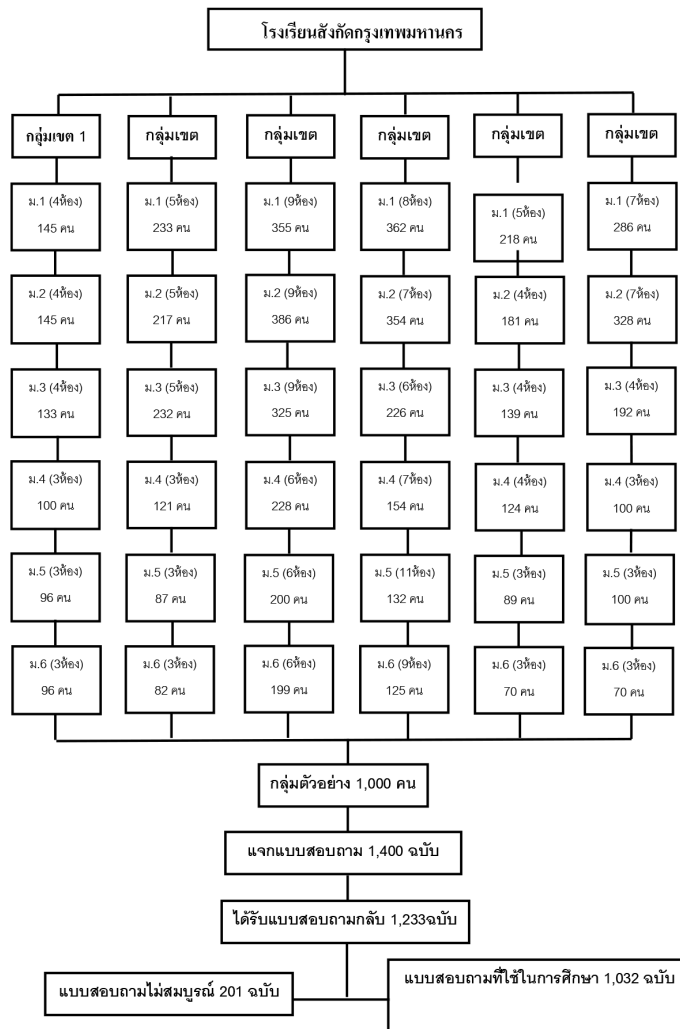
จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 (100 คน) เพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลกลับคืนไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อย 500 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) จากโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งแบ่งเป็น 6 กลุ่มเขต ได้แก่ 1) กลุ่มกรุงเทพมหานครกลาง 2) กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ 3) กลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ 4) กลุ่มกรุงเทพตะวันออก 5) กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ 6) กลุ่มกรุงเทพใต้ โดยสุ่มเลือกกลุ่มเขตละ 1 โรงเรียนโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก จากนั้นใช้การเลือกชั้นเรียนแบบตามสะดวก (convenient sampling) โดยให้ครูผู้ประสานงานแต่ละโรงเรียนเป็นผู้เลือกมาชั้นปีละ 1 ห้องเรียน ได้ทำการแจกแบบสอบถามต่อหนึ่งห้องเรียนจำนวน 40 ชุด รวมแจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1,440 ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 1,233 ชุด และเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 1,032 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน อาศัยอยู่กับใคร
- 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย พ่อแม่ของท่านสูบบุหรี่หรือไม่, พ่อแม่ของคุณจะรู้สึกอย่างไรเมื่อพบว่าคุณสูบบุหรี่, คุณมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่, คุณเคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่หรือไม่, เป็นเรื่องง่ายหรือยากสำหรับท่านในการหาบุหรี่มาสูบ และคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ดังนี้ 1) ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยสูบบุหรี่หรือไม่ 2) ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยสูบบุหรี่ต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลาต่อกันเกิน 30 วันหรือไม่ แต่ละข้อมี 2 ตัวเลือกได้แก่ “เคย” และ “ไม่เคย” และข้อ 3) ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาคุณสูบบุหรี่หรือไม่ โดยมีตัวเลือกได้แก่ “สูบ” และ “ไม่สูบ” โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูบบุหรี่ดังนี้



รูปภาพที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มไม่สูบบุหรี่คือผู้ตอบ “ไม่เคย” ในข้อ 1-2 และ “ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มเคยสูบบุหรี่คือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “เคย/ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มทดลองสูบบุหรี่คือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มสูบบุหรี่ต่อเนื่องคือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “เคย/ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “สูบบุหรี่” ในข้อ 3

3) แบบทดสอบวัดระดับการตัดสินใจด้านนิโคตินฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย

ผองศรี ศรีมรกต เป็นแบบประเมินแบบตอบด้วยตนเอง มีจำนวน 6 ข้อ โดยมีคำถาม มีการแปลผลการตีความนิโคตินเป็น 5 ระดับดังนี้ 1) 0-2 คะแนนคือ ติดนิโคตินน้อยมาก 2) 3-4 คะแนนคือ ติดนิโคตินน้อย 3) 5-6 คะแนนคือ ติดนิโคตินระดับปานกลาง 4) 7 คะแนนคือ ติดนิโคตินในระดับหนัก และ 5) 8-10 คะแนนคือ ติดนิโคตินในระดับหนักมาก¹⁰

4) แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุง แปลโดย ทินกร วงศ์ปการันย์ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทาง

บวก 6 ข้อได้แก่ข้อที่ 1, 3, 4, 7, 8, 10 และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อได้แก่ข้อที่ 2, 5, 6, 9 แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยจะมีคะแนนกลับกันในข้อที่เป็นคำถามทางลบ ผู้ที่ได้คะแนนมากจะหมายถึงมีความภาคภูมิใจในตนเองมาก แบบคัดกรองนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงโดยการวัด Cronbach's alpha coefficient = 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี¹¹

5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบคัดกรอง Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย อุมภาพร ตรังคสมบัติ เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (self-report) มีคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกได้แก่ คือ ไม่เคย (<1 วัน) (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) (1 คะแนน) บ่อยๆ (3-4 วัน) (2 คะแนน) และตลอดเวลา (5-7 วัน) (3 คะแนน) โดยมีจุดตัดคะแนนว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป แบบคัดกรองนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.86 โดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 และค่าความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 82¹²

6) ความผูกพันกับพ่อแม่ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่และเพื่อน Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA-R) ที่สร้างขึ้นโดย Gullone และ Robinson และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อักษรวิภาค หลักทอง ซึ่งการศึกษานี้ใช้เพียงส่วนของการประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่เท่านั้น โดยมีข้อคำถามประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่ทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความไว้วางใจ (trust) ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 13, 14, 21, 23, 24 และกลับคะแนนในข้อ 3, 10 2) การสื่อสาร (communication) ได้แก่ข้อ 6, 8, 16, 17, 20, 26, 28 และกลับคะแนนในข้อ 5, 7, 15 3) ความแปลกแยก (alienation) ได้แก่ข้อ 9, 11, 12, 18, 19, 22, 25, 27 โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 3 ข้อ คือ (1) ไม่เป็นจริง (2) จริงบ้างบางครั้ง (3) จริงเสมอ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88)¹³

โดยเครื่องมือที่ใช้ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่รับรอง COA. MURA2018/436

ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,014 คน เป็นเพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกัน และเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 15.6 ปี มีผู้ที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 จำนวน 107 คน (ร้อยละ 11.37) ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน 94 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่จำนวน 539 คน (ร้อยละ 53.26)

กลุ่มตัวอย่าง 108 คน (ร้อยละ 10.61) เคยสูบบุหรี่มาก่อนโดยในจำนวนนี้ 79 คน (ร้อยละ 7.76) เป็นผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่ (เคยสูบบุหรี่แต่ไม่สูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา) และเป็นผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 29 คน (ร้อยละ 2.85) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับการติดสารนิโคตินในระดับน้อยมาก (0-2 คะแนน) จำนวน 84 คน (ร้อยละ 8.28) กลุ่มตัวอย่างมีพ่อเท่านั้นที่สูบบุหรี่จำนวน 365 คน (ร้อยละ 35.85) มีแม่เท่านั้นที่สูบบุหรี่ 23 คน (ร้อยละ 2.27) และมีทั้งพ่อและแม่สูบบุหรี่ 36 คน (ร้อยละ 3.55) มีผู้มองว่าพ่อแม่จะยอมรับการสูบบุหรี่จำนวน 56 คน (ร้อยละ 5.50) และมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่จำนวน 250 คน (ร้อยละ 24.70) และเคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่จำนวน 310 คน (ร้อยละ 30.51) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 446 คน (ร้อยละ 43.98) (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ กับการสูบบุหรี่พบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่จะมี

แนวโน้มเป็นผู้ที่เกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีได้รับรายได้ต่อวันตั้งแต่ 100 บาทขึ้นไป มองว่าผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่และมีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.007$, $p = 0.002$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเมื่อเทียบกับผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่พบว่าบิดาทำงาน มองว่าผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ และมีเพื่อนสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$, $p = 0.006$ และ $p = 0.017$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความภาคภูมิใจเฉลี่ยเท่ากับ 29.08 (SD = 3.82, min-max = 15-40) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 20.86 (SD = 7.20, min-max = 0-48) และมีคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่เฉลี่ยเท่ากับ 56.67 (SD = 7.67, min-max = 12-82) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) รวมถึงพบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจและการสื่อสารต่ำกว่า และมีความรู้สึกแปลกแยกกับพ่อแม่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.012$ และ $p = 0.01$ ตามลำดับ) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่ทดลองสูบบุหรี่กับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในค่าใดๆ (ตารางที่ 2)

3. ปัจจัยทำนายการเคยสูบบุหรี่ และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

จากสถิติ simple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคยสูบบุหรี่ที่มีค่า p -value < 0.05 ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.00 มีรายได้มากกว่า 100 บาทต่อวัน ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การหาบุหรี่มาสูบได้ง่าย มีภาวะซึมเศร้า และมีคะแนน

ความภาคภูมิใจในตนเองและความผูกพันกับพ่อแม่ ด้านความไว้วางใจและการสื่อสารต่ำ และการรู้สึกแปลกแยกสูง ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่มีค่า p -value < 0.05 คือ ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ ซึ่งทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) เป็นโมเดลเริ่มต้น (initial model) (ตารางที่ 3)

จากผลการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้ multiple logistic regression ด้วยวิธี backward elimination พบว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่มีผลการศึกษา (เกรด) มากกว่า 2.00 ถึง 2.92 เท่า (CI = 1.52-5.62, p -value = 0.001) นักเรียนที่มีเพื่อนเคยชักชวนให้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกชักชวน 3.93 เท่า (CI = 2.33-6.92, p -value < 0.001) นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ 5.42 เท่า (CI = 3.20-9.18, p -value < 0.001) นักเรียนที่เห็นว่าการหาบุหรี่มาสูบได้ง่ายหรือค่อนข้างง่าย มีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่เห็นว่าการหาบุหรี่ยากเป็นเรื่องยากหรือค่อนข้างยาก ถึง 3.19 เท่า (CI = 1.74-5.85, p -value < 0.001) นักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นทุกๆ 1 คะแนนจะมีแนวโน้มเคยสูบบุหรี่สูงขึ้น 1.06 เท่า (CI = 1.03-1.10, p -value = 0.001) และนักเรียนที่มีคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจ (trust) สูงขึ้น 1 คะแนนจะทำให้มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ลดลง 0.92 เท่า (CI = 0.87-0.96, p -value = 0.001) (ตารางที่ 4)

ในขณะที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเพียงปัจจัยเดียวเมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ คือ การยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยพบว่านักเรียนที่ผู้ปกครองยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะยังคงสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองไม่ยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 22.76 เท่า (CI = 3.06-169.12, p -value = 0.002) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่กับกลุ่มเคยสูบบุหรี่ และกลุ่มทดลองสูบบุหรี่กับกลุ่มยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง

ข้อมูล		รวม	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยสูบบุหรี่	χ^2/U	p	ทดลองสูบบุหรี่	ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง	χ^2/U	P
		(N = 1,014) N (%) ^a	(N = 906) N (%) ^b	(N = 108) N (%) ^b			(N = 79) N (%) ^c	(N = 29) N (%) ^c		
เพศ	ชาย	473 (46.65)	419 (88.58)	54 (11.42)	0.70	0.402	37 (68.52)	17 (31.48)	1.06	0.304
	หญิง	541 (53.35)	488 (90.20)	53 (9.80)			41 (77.36)	12 (22.64)		
ชั้นเรียน	มัธยมต้น	526 (51.82)	480 (91.08)	47 (8.92)	3.33	0.068	35 (74.47)	12 (25.53)	0.07	0.786
	มัธยมปลาย	488 (48.18)	429 (87.55)	61 (12.45)			44 (72.13)	17 (27.87)		
เกรดเฉลี่ย	≤ 2.00	107 (11.37)	80 (74.77)	27 (25.23)	25.88	< 0.001***	17 (62.96)	10 (37.04)	1.69	0.193
	> 2.00	834 (88.63)	759 (91.01)	75 (8.99)			57 (76)	18 (24)		
รายได้ (บาท/วัน)	< 100	414 (40.67)	383 (92.51)	31 (7.49)	7.17	0.007*	26 (83.87)	5 (16.13)	2.55	0.111
	100-200	604 (59.33)	527 (87.25)	77 (12.75)			53 (68.83)	24 (31.17)		
อาศัยอยู่กับ	ทั้งพ่อและแม่	539 (53.26)	487 (90.35)	52 (9.65)	1.05	0.593	37 (71.15)	15 (28.85)	1.05	0.591
	พ่อหรือแม่	336 (33.2)	297 (88.39)	39 (11.61)			31 (79.49)	8 (20.51)		
	บุคคลอื่นๆ	137 (13.54)	121 (88.32)	16 (11.68)			11 (68.75)	5 (31.25)		
การทำงานของบิดา	ไม่ได้ทำงาน	53 (5.20)	43 (81.13)	10 (18.87)	3.58	0.059	10 (100)	0 (0)	4.12	0.042*
	ทำงาน	885 (86.93)	792 (89.49)	93 (10.51)			65 (69.89)	28 (30.11)		
การทำงานของมารดา	ไม่ได้ทำงาน	82 (8.05)	69 (84.15)	13 (15.85)	3.37	0.067	7 (53.85)	6 (46.15)	2.87	0.103
	ทำงาน	885 (86.93)	801 (90.51)	84 (9.49)			64 (76.19)	20 (23.81)		
ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่	ไม่ยอมรับ	980 (96.26)	855 (87.24)	95 (9.69)	9.64	0.002**	74 (77.89)	21 (22.11)	9.05	0.006**
	ยอมรับ	56 (5.50)	43 (76.79)	13 (23.21)			5 (38.46)	8 (61.54)		
การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่	ไม่มี	762 (75.30)	723 (94.88)	39 (5.12)	99.80	< 0.001***	32 (82.05)	7 (17.95)	2.46	0.017*
	มี	250 (24.70)	181 (72.40)	69 (27.60)			47 (68.12)	22 (31.88)		
เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่	ไม่เคย	706 (69.49)	677 (95.89)	29 (4.11)	103.61	< 0.001***	23 (79.31)	6 (20.69)	0.77	0.381
	เคย	310 (30.51)	231 (74.52)	79 (25.48)			56 (70.89)	23 (29.11)		
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	565 (55.89)	522 (92.38)	43 (7.61)	4.31	< 0.001***	32 (74.42)	11 (25.58)	0.17	0.862
	มีภาวะซึมเศร้า	446 (44.11)	381 (71.30)	65 (14.57)			47 (72.30)	18 (27.69)		
การติดยาโคโคติน	น้อยมาก	84 (8.28)	0 (0)	84 (88.22)	NA		64 (76.19)	20 (23.80)	2.19	0.120
	น้อยถึงหนักมาก	24 (2.36)	0 (0)	24 (24.78)			15 (62.50)	9 (37.50)		

a = ร้อยละตามคอลัมน์ (column), b = ร้อยละตามแถว (row), c = ร้อยละกลุ่มเคยสูบบุหรี่ตามแถว (row) * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความผูกพันกับพ่อแม่ กับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนต่างๆ กับการสูบบุหรี่

ข้อมูล	ภาพรวม	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยสูบบุหรี่	t	p	ทดลองสูบบุหรี่	ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง	t	P
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			Mean (SD)	Mean (SD)		
self-esteem	29.08 (3.82)	29.18 (3.76)	28.20 (4.20)	-2.52	0.012*	27.96 (3.97)	28.86 (4.76)	0.99	0.325
parental attachment	56.67 (7.67)	56.77 (7.54)	55.85 (8.76)	-1.16	0.247	55.94 (7.61)	55.59 (11.6)	-0.46	0.647
Trust	20.12 (3.84)	21.68 (3.80)	20.22 (3.79)	-1.45	< 0.001***	20.12 (3.84)	20.52 (3.68)	0.40	> 0.999
Communication	20.40 (3.4)	21.40 (3.97)	20.36 (4.35)	-1.05	0.012*	20.4 (4.3)	20.22 (4.56)	-0.18	> 0.999
Alienation	14.39 (2.99)	13.43 (3.16)	14.23 (3.38)	0.80	0.016*	14.39 (2.99)	13.78 (4.34)	-0.61	1.000

* = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันกับพ่อแม่ และระดับการติดสารนิโคติน กับการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ข้อมูล		ไม่เคยสูบ N (%)	เคยสูบ N (%)	COR (95%CI)	p	ทดลองสูบ N (%)	ยังคงสูบ N (%)	COR (95%CI)	P
เพศ	ชาย	419 (46.2)	54 (50.47)	1	0.403	37 (47.44)	17 (58.62)	1	0.305
	หญิง	488 (53.8)	53 (49.53)	1.19 (0.79 - 1.77)		41 (52.56)	12 (41.38)	1.57 (0.66 - 3.72)	
อายุ (ปี)				1.18 (1.06 - 1.31)	0.003**			1.06 (0.82 - 1.37)	0.673
ชั้นเรียน	มัธยมต้น	480 (52.81)	47 (43.52)	1	0.069	35 (44.3)	12 (41.38)	1	0.786
	มัธยมปลาย	429 (47.19)	61 (56.48)	1.45 (0.97 - 2.17)		44 (55.7)	17 (58.62)	1.13 (0.48-2.67)	
เกรดเฉลี่ย	> 2.00	759 (90.46)	75 (73.53)	1	<0.001***	38 (51.35)	12 (42.86)	1	0.445
	<= 2.00	80 (9.54)	27 (26.47)	3.42 (2.08 - 5.61)		36 (48.65)	16 (57.14)	1.41 (0.59 - 3.38)	
ช่วงรายได้	ต่ำกว่า 100 บาท	383 (42.09)	31 (28.7)	1	0.008**	26 (32.91)	5 (17.24)	1	0.117
	100 บาทขึ้นไป	527 (57.91)	77 (71.3)	1.81 (1.17 - 2.8)		53 (67.09)	24 (82.76)	2.35 (0.81 - 6.88)	
อาศัยอยู่กับ	พ่อแม่	487 (53.81)	52 (48.6)	1	0.594	31 (39.24)	8 (28.57)	1	0.594
	พ่อหรือแม่	297 (32.82)	39 (36.45)	1.23 (0.79 - 1.91)		37 (46.84)	15 (53.57)	1.57 (0.59 - 4.19)	
	บุคคลอื่น	121 (13.37)	16 (14.95)	1.24 (0.68 - 2.24)		11 (13.92)	5 (17.86)	1.76 (0.47 - 6.54)	
ผู้ปกครอง ยอมรับการสูบ	ไม่ยอมรับ	855 (95.21)	95 (87.96)	1	0.003**	74 (93.67)	21 (72.41)	1	0.005**
	ยอมรับ	43 (4.79)	13 (12.04)	2.72 (1.41 - 5.24)		5 (6.33)	8 (27.59)	5.64 (1.67 - 19.06)	
มีเพื่อนสนิทสูบ บุหรี่	ไม่มี	723 (79.98)	39 (36.11)	1	<0.001***	32 (40.51)	7 (24.14)	1	0.121
เพื่อนเคยชวน สูบบุหรี่	มี	181 (20.02)	69 (63.89)	7.07 (4.62 - 10.81)		47 (59.49)	22 (75.86)	2.14 (0.82 - 5.6)	
	ไม่เคย	677 (74.56)	29 (26.85)	1	<0.001***	23 (29.11)	6 (20.69)	1	0.384
การหาบุหรี่มา สูบ	เคย	231 (25.44)	79 (73.15)	7.98 (5.09 - 12.53)		56 (70.89)	23 (79.31)	1.57 (0.57 - 4.37)	
	ยาก/ค่อนข้างยาก	446 (52.29)	20 (18.52)	1	<0.001***	15 (18.99)	5 (17.24)	1	0.836
ความภาคภูมิใจ ในตนเอง	ง่าย/ค่อนข้างง่าย	407 (47.71)	88 (81.48)	4.82 (2.91 - 7.98)		64 (81.01)	24 (82.76)	1.13 (0.37 - 3.43)	
	29.18 (3.76)	28.2 (4.20)	0.93 (0.89 - 0.99)	0.012*	27.96 (3.97)	28.86 (4.76)	1.05 (0.95 - 1.16)	0.323	
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	522 (57.81)	43 (39.81)	1	<0.001***	32 (40.51)	11 (37.93)	1	0.644
	มีภาวะซึมเศร้า	381 (42.19)	65 (60.19)	2.07 (1.38 - 3.11)		47 (59.49)	18 (62.07)	1.11 (0.46 - 2.67)	
ความผูกพันกับ พ่อแม่	Trust	21.68 (3.80)	20.22 (3.79)	0.92 (0.87-0.96)	<0.001***	20.12 (3.84)	20.52 (3.68)	1.03 (0.92-1.16)	0.634
	Communication	21.40 (3.97)	20.36 (4.35)	0.94 (0.90-0.99)	0.012*	20.4 (4.3)	20.22 (4.56)	0.99 (0.90-1.10)	0.852
	Alienation	13.43 (3.16)	14.23 (3.38)	1.09 (1.02-1.17)	0.016*	14.39 (2.99)	13.78 (4.34)	0.95 (0.84-1.08)	0.419
ระดับการ ติดสารนิโคติน ^a	น้อยมาก (0-2)	0 (0)	84 (78.22)		NA ^a	64 (82.19)	20 (67.86)	1	0.123
	น้อย-หนักมาก (3-10)	0 (0)	24 (21.78)			15 (17.81)	9 (32.14)	2.19 (0.81 - 5.91)	

a = เนื่องจากไม่มีข้อมูลระดับการติดสารนิโคตินในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ดังนั้นจึงไม่สามารถหาการทำนายของระดับการติดระหว่างผู้ที่เคยสูบและไม่เคยสูบบุหรี่ได้, COR = crude odd ratio, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่

ข้อมูล	เคยสูบบุหรี่				ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง			
	COR (95%CI)	P	AOR (95%CI)	p	COR (95%CI)	p	AOR (95%CI)	P
เกรดเฉลี่ย $\leq 2.00^a$	3.42 (2.08 - 5.61)	<0.001***	2.92 (1.52-5.62)	0.001**	1.86 (0.72 - 4.79)	0.196	1.55 (0.51- 4.72)	0.444
รายได้ 100 บาทขึ้นไป ^b	1.81 (1.17 - 2.8)	0.008**	1.03 (0.60-1.78)	0.905	2.35 (0.81 - 6.88)	0.117	4.54 (0.9 - 22.93)	0.067
ผู้ปกครองยอมรับกาสูบ ^c	2.72 (1.41 - 5.24)	0.003**	1.86 (0.82-4.22)	0.141	5.64 (1.67 - 19.06)	0.005**	22.76 (3.06 - 169.12)	0.002*
เพื่อนเคยชวนสูบบุหรี่ ^d	7.98 (5.09 - 12.53)	<0.001***	3.93 (2.23 - 6.92)	<0.001***	1.57 (0.57 - 4.37)	0.384	4.48 (0.65 - 30.71)	0.127
มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ^e	7.07 (4.62 -10.81)	<0.001***	5.42 (3.20-9.18)	<0.001***	2.14 (0.82 - 5.60)	0.121	1.76 (0.62-5.00)	0.287
หาบุหรี่ได้ง่าย/ ค่อนข้างง่าย ^f	4.82 (2.91 -7.98)	<0.001***	3.19 (1.74-5.85)	<0.001***	1.13 (0.37 - 3.43)	0.836	0.97 (0.30 -3.21)	0.963
ความภาคภูมิใจใน ตนเอง	0.93 (0.89 - 0.99)	0.012*	1.02 (0.95-1.09)	0.583	1.05 (0.95 - 1.16)	0.323	1.06 (0.94-1.20)	0.335
ภาวะซึมเศร้า ^g	1.07 (1.05 -1.10)	<0.001***	1.06 (1.03-1.10)	0.001**	0.99 (0.94 - 1.04)	0.644	1.02 (0.96-1.08)	0.580
ความผูกพันกับพ่อแม่								
Trust	0.92 (0.87- 0.96)	<0.001***	0.90 (0.82 -0.99)	0.024*	1.03 (0.92 -1.16)	0.634	1.10 (0.87 -1.38)	0.451
Communication	0.94 (0.90- 0.99)	0.012*	1.05 (0.96-1.15)	0.316	0.99 (0.90 -1.10)	0.852	0.95 (0.77 -1.17)	0.641
Alienation	1.09 (1.02 -1.17)	0.016*	1.03 (0.95-1.12)	0.447	0.95 (0.84-1.08)	0.419	0.98 (0.82 -1.18)	0.853
การติดสารนิโคติน น้อย-รุนแรง		NA		NA	.19 (0.81 - 5. 291)	0.123	1.77 (0.44 - 7.16)	0.425
อายุ (ปี)	1.18 (1.06 -1.31)	0.003**	1.15 (1.00-1.33)	0.052	1.06 (0.82-1.37)	0.673	0.94 (0.70 - 1.26)	0.687

COR = crude odd ratio, AOR = adjust odd ration, a = เทียบกับผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ย > 2.00, b = เทียบกับผู้ที่รายได้น้อยกว่า 100 บาท, c = เทียบกับผู้ที่ผู้ปกครองไม่ยอมรับกาสูบ, d = เทียบกับผู้ที่เพื่อนไม่ชวนสูบบุหรี่, e = เทียบกับผู้ที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่, f = เทียบกับผู้ที่หาบุหรี่มาสูบได้ยากหรือค่อนข้างยาก, g = เทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 เคยทดลองสูบบุหรี่ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมปลายประเทศตุรกีปี ค.ศ. 2015 ซึ่งพบว่ามีความชุกของการทดลองสูบบุหรี่ที่ร้อยละ 8.7¹⁴ และจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.8 ยังสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษา Youth and Tobacco Use-2020 ของ Centers for Disease Control and Prevention ประเทศอเมริกาที่พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ต่อเนื่องของนักเรียนมัธยมต้นที่ร้อยละ1.6 และนักเรียนมัธยมปลายที่ร้อยละ 4.2¹⁵ แต่ผลการศึกษาของการสูบบุหรี่ต่อเนื่องในครั้งนี้อ่ากว่าผลการศึกษาพฤติกรรมกาสูบหรี่ของเยาวชนในจังหวัดนนทบุรีพบว่าความชุกของเยาวชนที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง (สูบใน 30 วันที่ผ่านมา) ในเขตอำเภอเมืองที่ร้อยละ 14.1 และเยาวชนนอกเขตอำเภอเมืองที่ร้อยละ 9.10 ซึ่งหากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาข้างต้นจะพบว่าพฤติกรรมกาสูบหรี่ต่อเนื่องของวัยรุ่นมี

ความแตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่กรอบการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มสถาบันการศึกษา ระดับการศึกษา และลักษณะทางประชากร¹⁶

จากผลการวิจัยพบว่าการมีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยซึ่งสามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีการสูบบุหรี่มาก และพบมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ร้อยละ 61.5 และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนอายุ 9-18 ปี ในโรงเรียนมัธยมของรัฐหนึ่งในห้าแห่งทางตอนเหนือของเวอร์จิเนียจำนวน 1,093 คน และติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยพยากรณ์การเริ่มสูบบุหรี่ที่สำคัญ¹⁸ แต่ไม่พบว่าการมีภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่และอารมณ์ซึมเศร้าในวัยเด็ก

ตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าเรียนในโรงเรียนของรัฐในเขตแอตแลนติกตอนกลาง (mid-Atlantic metropolitan area) พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยสำหรับอารมณ์ซึมเศร้าที่ตามมา แต่อารมณ์ซึมเศร่าก่อนหน้านี้ไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ต่อในภายหลัง¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าการศึกษาสองในหกเรื่องรายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นตัวทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า แต่ภาวะซึมเศร้าไม่สามารถที่จะทำนายการสูบบุหรี่ต่อเนื้อได้²⁰ หากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาลักษณะจะพบว่าความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและการสูบบุหรี่ต่อเนื้ออาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยบริบท เช่น ความซุกของภาวะซึมเศร้าหรือการสูบบุหรี่ในประชากร รวมถึงอาจเนื่องมาจากผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื้อในการศึกษานั้นส่วนมากไม่ได้มีภาวะติดนิโคติน (มีผู้ติดระดับน้อยมากและน้อยถึงหนักมากเพียงร้อยละ 7.79 และ 2.16 ตามลำดับ) รวมถึงไม่ทราบถึงระยะเวลาที่ผู้สูบบุหรี่สูบบมา

จากผลการวิจัยพบว่าความภาคภูมิใจในตนเองไม่สามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อเนื้อได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองเป็นกระบวนการซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความสัมพันธ์ต่อกลุ่มเพื่อนและต่อโรงเรียน²¹ ดังนั้นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันอาจมีระดับความภาคภูมิใจที่แตกต่างกันไม่มากพอที่จะพบความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งสูบบุหรี่นั้นอาจมีสังคมและกลุ่มเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายกัน เกิดการยอมรับกันซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญกับความภาคภูมิใจในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson) ที่จะลดการให้ความสำคัญกับครอบครัว มีความขัดแย้งกับครอบครัวมากขึ้น แต่ให้ความสำคัญกับเพื่อน และต้องการการยอมรับจากเพื่อนมากขึ้น²² ทำให้ไม่มีความภาคภูมิใจ

ที่แตกต่างกันมากพอที่จะทำนายทั้งการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื้อได้

ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันด้านการไว้วางใจเป็นปัจจัยที่ทำนายการเคยสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีเชื้อชาติ Hispanic และ African American พ่อแม่มักจะคอยตามไต่ถามว่าวัยรุ่นจะไม่ได้อยู่กับครอบครัวบ่อยๆ ก็ตามและวัยรุ่นมีความไว้วางใจที่จะบอกข้อมูลต่างๆ กับพ่อแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องจากการเริ่มสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้ที่มีเชื้อชาติ Caucasian ซึ่งผู้ปกครองขาดการสอดส่องดูแล (monitor) จึงพบว่ามี การเริ่มสูบบุหรี่มากกว่า²³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะความผูกพันกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นประเทศเลบานอนซึ่งพบว่าผู้ที่มีความผูกพันแบบมั่นคงจะมีความซุกของการสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่มีความผูกพันแบบไม่มั่นคง²⁴ โดยผู้ที่มีความผูกพันไม่มั่นคง เวลาเผชิญความเครียดมักใช้การแก้ปัญหา (coping mechanism) จากภายนอกเช่นการใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการภายในตนเอง²⁵

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่คือ นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยมีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่าถึง 2.92 เท่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยาที่พบว่าผลการเรียนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเคยสูบบุหรี่ของวัยรุ่น²⁶ สอดคล้องกับการสำรวจระดับประเทศที่พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เกือบทั้งหมดมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 คน²⁷ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่พยายามค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองโดยการออกห่างจากพ่อแม่และพยายามเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม วัยรุ่นจึงมักได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเพื่อนและยอมรับการชักชวนให้สูบเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ²⁸ และอีกปัจจัยที่มีความสำคัญคือการที่มองว่าการหาบุหรี่มาสูบเป็นเรื่องง่าย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ระยะแรกของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลายจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากกว่า²⁹

ในส่วนของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ต่อเนื่องพบว่า ปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายได้คือการที่ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา ซึ่งพบว่าการยอมรับการสูบบุหรี่ของบิดามารดาเป็นตัวแปรที่มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ต่อเนื่องของวัยรุ่น²⁶ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ของ Albert Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่ต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกันโดยการยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองถือเป็นการจูงใจ (motivation) ทำให้เกิดกระบวนการที่กระตุ้น ส่งเสริม หรือเป็นพลังที่ผลักดันให้พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่คงอยู่ต่อเนื่อง³⁰ อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ผู้ปกครองจะแสดงการไม่ยอมรับ หรือห้ามการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาทางงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงทำให้ไม่สามารถระบุถึง causal relationship ได้ จึงควรมีการศึกษางานวิจัยในระยะยาวเพื่อให้ทราบถึง causal relationship ของปัจจัยต่างๆ กับการสูบบุหรี่ในการศึกษาถัดไป รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อให้ทราบถึงระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดบุหรี่ต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเฉพาะนักเรียนในระบบการศึกษาปกติในกรุงเทพมหานคร

เท่านั้นยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา

3. การเก็บข้อมูลเป็นการรายงานโดยตัวผู้เข้าศึกษาวิจัยเอง ดังนั้นอาจมีความซุกของการสูบบุหรี่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากการรายงานพฤติกรรมด้านลบ การมีข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง เช่นครู เพื่อน หรือผู้ปกครองอาจลดอคติที่เกิดจากการรายงานข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าความซุกของการเคยสูบบุหรี่ยังมากกว่าการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยจึงอาจเป็นผลการรายงานที่เชื่อถือได้

4. ควรมีการศึกษารายงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ให้ครอบคลุม เช่น การใช้สื่อเทคโนโลยี รูปแบบความสัมพันธ์กับเพื่อน การดูแลของผู้ปกครอง เป็นต้น ตลอดจนศึกษาการสูบบุหรี่ด้วยอุปกรณ์อื่นๆ ที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ เป็นต้น เพื่อสอดคล้องกับบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลตากสินมอบทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์บางส่วน เพื่อสนับสนุนการทำวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้การดูแลและคำแนะนำการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณอาจารย์จิตรจิรา ไชยฤทธิ์ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบการวิเคราะห์สถิติในวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณนักเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.

2. Burden of Disease Thailand, Ministry of Public Health. Disability adjusted life years (DALYs) Thailand 2014. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
3. Supawongse C. Evolution of tobacco control in Thailand. In: Slama K, editor. Tobacco and health: Proceedings of the 9th World Conference Held; 1994 Oct 10-14; Paris, France: Springer, 1995. p.1-6.
4. Preechawong S. Project on knowledge management for driving tobacco control in schools. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University; 2012.
5. Macdonald DI. Drugs, drinking, and adolescents. Chicago: Year Book Medical; 1984.
6. Zhu BP, Liu M, Shelton D, Liu S, Giovino GA. Cigarette smoking and its risk factors among elementary school students in Beijing. *Am J Public Health* 1996; 86(3):368-75.
7. Isohanni M, Moilanen I, Rantakallio P. Determinants of teenage smoking, with special reference to non standard family background. *Br J Addict* 1991; 86(4):391-8.
8. Stanton WR, Oei TP, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addict* 1994; 29(7):913-25.
9. Arimitt R. Textbook of adolescent medicine. Bangkok: Child Health Supervision; 2016.
10. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9):1119-27.
11. Wongpgarun T, Wongpakaran N. Confirmatory factor analysis of Rosenberg self-esteem scale: a study of Thai student sample. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(1):59-70.
12. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Depression among junior high school students in Muang District, Chiang Mai Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015; 60(4):253-63.
13. Lucktong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *Int J Adolesc Youth* 2016.; 23(2):1-15
14. Murat A, Memis CO, Turan MK, Benli AR, Taskin E, Yasar Z, et al. Smoking prevalence, associated attitudes and comparison of negative automatic thoughts among high school students in Turkey. *Eur Respir J* 2015; 6(46):1-6.
15. Centers for Disease Control and Prevention [homepage on the Internet]. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2020 [updated 2020 Dec 16; cited 2021 Feb 12]. Youth and tobacco use: youth use of tobacco products in any form is unsafe; [about 9 screens]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
16. Wilawan P, Pornthep L, Wanpha P, Studying in the smoking behavior of youth in Nonthaburi Province. Bangkok.; 2017. [updated 2020 Dec 16; cited 2021 May 12]. The Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC).

17. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. A knowledge collection for researching on tobacco control. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011.
18. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Kassel JD. Adolescent smoking and depression: evidence for self medication and peer smoking mediation. *Addiction* 2009; 104(10): 1743-56.
19. Wu LT, Anthony JC: Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *Am J Public Health* 1999, 89 (12): 1837-1840.
20. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health* 2009; 9:356.
21. Yeepoo C, Kongthong U, Sriherun B. The development of a learning activity model for reducing and stop smoking behavior of drug addiction for children and adolescent patients. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn* 2018; 8(1):131-46.
22. Orenstein GA, Lewis L. Eriksons stages of psychosocial development. [Updated 2020 Nov 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>.
23. Mahabee-Gittens EM, Khoury JC, Huang B, Dorn LD, Ammerman RT, Gordon JS. The protective influence of family bonding on smoking initiation in adolescents by racial/ethnic and age subgroups. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2011; 20(3):270-87
24. Nakhoul L, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Soufia M, Hallit R, et al. Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. *BMC Psychol* 2020; 8(33):1-10.
25. Wise MH. Tobacco use and attachment style (Dissertation). Tennessee, East Tennessee State University; 2015. 25p.
26. Chaikoolvatana C, Sutti P, Jaimalai W. Smoking behaviors and risk factors associated with smoking of elderly adolescents in Pha Yao Province, Thailand. *Nurs J Ministry Public Health* 2017; 27(3):57-67.
27. Wiangkamon S, Homsin P, Srisuriyawet R. Life assets and factors related to early smoking stage among male upper primary school students, Kalasin Province. *Public Health Nurs* 2017; 31(2):89-107.
28. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
29. Action on Smoking and Health Foundation. Cigarettes divided for sale, so the harder it is to quit smoke [Internet]. Bangkok: Action on Smoking and Health Foundation; 2016 [updated 2016 Nov 24; cited 2021 Feb 25]. Available from: http://www.ashthailand.or.th/th/news_page.php?id=1014
30. Phetcharaporn K. Learning theory [Internet]. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2020 [cited 2021 Feb 5]. Available from: http://www.eledu.ssru.ac.th/kalanyoo_pe/file.php/3/_2_.pdf