รายงานการวิจัย

เรื่อง

การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths

นักวิจัย

จุรีย์ อุสาหะ

ฐิติพร กันวิหค

เศรณีย์ จุฬาเสรีกุล

วิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

2558

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths

นักวิจัย

จุรีย์ อุสาหะ

ฐิติพร กันวิหค

เศรณีย์ จุฬาเสรีกุล

วิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

2558

รายนามนักวิจัย:

1. นางสาวจุรีย์ อุสาหะ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
2. นางสาวฐิติพร กันวิหค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
3. นางสาวเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
4. นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา:

ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

แหล่งทุน:

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค รหัสโครงการวิจัย 7/58-759

คำนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียง โดยมีแนวโน้มที่มีการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรี ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบเอเชีย ซึ่งยังมีอัตราการใช้ยาสูบในเยาวชนและสตรีต่ำ จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบ ประกอบกับกระแสโลกาภิวัฒน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมอย่างมากและรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิต ค่านิยม และบรรทัดฐานในสังคมเปลี่ยนไป ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบในเยาวชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายในตัวของเยาวชนเอง และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สังคม และกฎหมาย นโยบายภาครัฐ โดยส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย

ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบาย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย(meta synthesis) โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social ecological model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแบบพหุมิติ (multidimensional prevention) โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการวิจัย “การสังเคราะห์อภิมาณงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย” ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย “การสังเคราะห์อภิมาณงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งของแพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ที่คอยติดตามกระตุ้นเตือนให้เกิดความก้าวหน้าในการทำงานวิจัยให้เสร็จทันเวลาที่กำหนด และที่ปรึกษา ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ได้ให้คำแนะนำที่มีคุณค่ายิ่งและให้ข้อคิดเห็นต่างๆ มาโดยตลอด รวมทั้งได้กรุณาให้คณะผู้วิจัยใช้สถานที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิตในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณ คุณกัญญาภัค เงาศรี ที่ได้ช่วยงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก ทำให้งานวิจัยฉบับนี้ได้เสร็จสมบูรณ์เรียบร้อยเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทคัดย่อ ภาษาไทย	ช
บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย	7
หลักการ แนวคิด และทิศทางการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย	10
แนวคิดและแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	26
ขอบเขตของการศึกษา	26
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	26
แหล่งข้อมูล วิธีการสืบค้นข้อมูล ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น การคัดเลือกงานวิจัย	26
การประเมินคุณภาพเอกสาร	27
การดึงข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	28
การสังเคราะห์ข้อมูล	28
ข้อพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย	28
บทที่ 4 ผลการศึกษา	29
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย	31
ระดับบุคคล	31
ระดับระหว่างบุคคล	33
ระดับสถาบัน/องค์กร	34
ระดับชุมชน	35
ระดับนโยบายสาธารณะ	35
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	37
สรุปผลการศึกษา	37
การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทยตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม	40
อภิปรายผลการศึกษา	45
ข้อเสนอแนะ	56
บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย	65
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย และสกัดข้อมูล	66
ภาคผนวก ค บทความที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เพื่อประเมินคุณภาพเอกสาร และสกัดข้อมูล	67
ภาคผนวก ง บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพเอกสารที่ใช้ในการศึกษา	68
ภาคผนวก จ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่	69

สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
1	เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2544 - 2557	9
2	บทความที่ผ่านขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	30
3	การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยในประเทศไทย	40

สารบัญภาพ

ภาพที่	ชื่อภาพ	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย	6
2	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน (current smoking) ของประชากรโดยรวมอายุ 15 ปีขึ้นไป และเฉพาะประชากรวัยรุ่นอายุ 15 – 18 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2534–2557	8
3	สถานการณ์รายเขตสุขภาพ พ.ศ.2550, 2554 และ 2557	10
4	กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมของอิทธิพลระดับต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์	22
5	แผนภูมิกระบวนการคัดเลือกบทความงานวิจัย	29

บทคัดย่อ

บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นติด เป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่นๆที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า และพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อภาระโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ หากทราบว่าปัจจัยใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดการควบคุม ป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทย ในการศึกษานี้จึงใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม ผลการศึกษาจากการสืบค้นฐานข้อมูล Google scholar, Scopus และ Science direct มีจำนวน 6,372 บทความ จากคำค้นที่กำหนดขึ้น และมีจำนวน 18 บทความ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพบทความตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เมื่อนำมาสกัดข้อมูลตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมในทุกมิติพบว่า ปัจจัยในระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการออกกฎหมาย และการขึ้นภาษีบุหรี่มีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย และปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีตัวแบบที่ดีจากพ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู และบุคคลที่มีชื่อเสียงมีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ซึ่งในประเทศไทยพบว่า มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในระดับต่างๆ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจนในแต่ละระดับ และพบว่า ปัจจัยในระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังมีการดำเนินการไม่ตรงกับปัจจัยป้องกันที่ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ สรุปได้ว่า การป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนจะสำเร็จได้ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกระดับ ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม และให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างระดับในทุกมิติด้วย

Abstract

Smoking may serve as gateway drug to other substance abuse such as alcohol, heroin, marijuana and methamphetamine. Furthermore, of all the risk factors of ill health, smoking is responsible for the second greatest burden of disease. An understanding of factors affecting smoking among youth is important in protecting them from smoking behaviour. This study, constituting the systematic review and meta-synthesis of literature, aimed to examine factors regarding social ecological model which protect Thai youth from smoking. A comprehensive search of literature in Google Scholar, Scopus and Science Direct was conducted and found 6,372 articles. Eighteen articles fulfilled the selection criteria and quality assessment. The context and findings of the eligible articles were extracted and summarised using social ecological model. The review found that factors in social /policy level, especially tobacco control law and taxation were effective in protecting youth from smoking, factors in the individual level including having a role model (parents, family members, teachers and famous persons) were also the protective factors. In Thailand, there has been policies and implementation which target smoking among youth. However, there was a lack of connections in each level. In addition, intervention in the community level has not corresponded to the factors found in this review. It is recommended that effective youth tobacco control should consider and develop a connection of the complex interplay among various levels.

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

รายงานสถานการณ์ทั่วโลกประมาณการว่าจะมีเยาวชนสูบบุหรี่ถึง 150 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่ก่อนอายุ 18 ปี และครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากรูปแบบดังกล่าวนี้ยังคงดำเนินต่อไปทำนายได้ว่าจะมีเด็กและเยาวชนจำนวนถึง 250 ล้านคนทั่วโลก ที่จะเสียชีวิตจากผลของการสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา(ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล,สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และไอยรดา มารีอัมมัน,2556)ทั้งนี้บุหรี่ยังเป็นสารเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นเสพและเป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า เป็นต้น จากการศึกษาขององค์กรอนามัยโลก (WHO) พบว่า การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคในประชากรโลกมากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบมีอายุไม่เกิน 44 ปี ในขณะที่ประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและบาดเจ็บพ.ศ.2552 พบว่า การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ,2557) นอกจากนี้ยังพบว่ามีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 50,710 คน หรือประมาณร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมด โดยเป็นผู้ชาย 42,989 คนและเป็นผู้หญิง 7,721 คน และพบ 3 โรค ที่มีสาเหตุการตายหลักมาจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง) มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด จากความสูญเสียดังกล่าวคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในพ.ศ.2552 เป็นมูลค่า 52,189 ล้านบาท หรือร้อยละ 0.54 ของ GDP แบ่งออกเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์จำนวน 10,137 ล้านบาท (ร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์จำนวน 1,063 ล้านบาท (ร้อยละ 2) มูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยจำนวน 370 ล้านบาท (ร้อยละ 0.7) มูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 147 ล้านบาท (ร้อยละ 0.3) และมูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรจำนวน 40,464 ล้านบาท (ร้อยละ 77) โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็นร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 73 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข(ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ,2557) ดังนั้นการป้องกันก่อนจะมีอาการของโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดภาระโรคที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงพ.ศ.2534–2557 พบว่า ปัจจุบันอัตราการบริโภคยาสูบชนิดมีควันมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 32.0 ในพ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 20.7 ในพ.ศ.2557 แต่ในพ.ศ.2552 เทียบกับพ.ศ.2554 กลับพบว่า อัตราการบริโภคยาสูบชนิดมีควันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 20.7 เป็นร้อยละ 21.4 โดยเฉพาะในเยาวชนอายุ 15 – 18 ปี ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ ในช่วงพ.ศ.2547–2554 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี และเฉพาะในช่วงพ.ศ.2552–2554 มีอัตราการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบผลสำรวจในพ.ศ.2552 และพ.ศ.2554 พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 9.2 โดยมีผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า เยาวชนยังคงเข้าถึงและซื้อบุหรี่ซิกาแรตแบบแบ่งมวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.3 เป็นร้อยละ 88.3 โดยเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7 และล่าสุดจากผลการสำรวจพ.ศ.2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดน้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุยังน้อยค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ กล่าวคือ ในพ.ศ.2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในพ.ศ.2557 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเพียง 15.6 ปี จะเห็นได้ว่าเยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่มีอายุน้อยลง(สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557)

การศึกษาวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า เพศ อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 10 เท่า ตลอดจนเรื่องของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่มองการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่กับวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีความคิดตรงข้ามกันในเรื่องความน่าดึงดูดใจ โดยผู้สูบบุหรี่มองว่าผู้ชายหรือผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะทำให้น่าดึงดูดใจมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งได้มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์(นันทิชา ฎาชา,2550)พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวสังคมคือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา และสถานภาพครอบครัวของนักเรียน 2) ปัจจัยนำคือ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยเอื้อคือ การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งแต่ระดับมัธยมต้นถึงระดับอุดมศึกษา(ศรีรัช ลอยสมุทร,2557) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหลายประเภทในเวลาเดียวกันหรือสูบหลายอย่างนอกเหนือจากการสูบบุหรี่ธรรมดา ได้แก่ บาราคู่ ซึ่งวัยรุ่นสูบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บุหรี่ชูรส ยาเส้น/ยาเส้นชูรส บุหรี่มวนเอง บุหรี่ไฟฟ้า โดยส่วนใหญ่เพื่อนเป็นผู้แนะนำให้สูบ และผลิตภัณฑ์ที่เพื่อนแนะนำให้สูบมาก

ที่สุดคือ บุหรี่ชูรสและบารากู่ เหตุผลในการสูบคือ ความแปลกใหม่ของผลิตภัณฑ์และเพื่อนยังแนะนำว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา ส่วนช่วงเวลาที่สูบคือ ช่วงเวลาที่ไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อน โดยเฉพาะเยาวชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานครนิยมสูบยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่/ฮุกก้า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557) จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในของตัวเยาวชนเองและปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน แล้วส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเยาวชนนำไปสู่การสูบบุหรี่ และยังพบประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) ค่านิยมของสังคมที่มองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่จึงถือเป็นเรื่องธรรมดาที่พบเห็นได้ทั่วไป ประกอบกับวัยของเด็กที่เป็นเยาวชนมีความอยากรู้อยากลองและเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆจากบุคคลที่ชื่นชอบได้ง่าย จึงทำให้มีเจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ 2) ประชาชนทั่วไปและเยาวชนยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และมักจะเพิกเฉยหรือไม่ให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของบุหรี่อย่างแท้จริง รู้แต่ก็ไม่เชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้นกับตนเอง และ 3) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผ่านมายังมีจุดอ่อน เนื่องจากเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ตัวเด็กเท่านั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างฝ่ายต่างๆของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์และการศึกษาดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทย สามารถนำแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบพหุมิติ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมใน 5 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม เพราะเชื่อว่าในความเป็นจริงพฤติกรรมของบุคคลย่อมมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ในการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

ในฐานะผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติก็คงต้องการทราบว่ามีวิธีการใด/กิจกรรมใดหรือปัจจัยใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หลากหลายปัจจัยด้วยกันที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในเยาวชน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งการประเมินหรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนั้นจะทำให้สามารถหาคำตอบที่ต้องการได้ และจะช่วยให้ประหยัดทรัพยากรซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานวิจัยภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณเช่นในปัจจุบันนี้

ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและทันสมัย ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย ซึ่งมีกระบวนการวิจัยรวบรวมผลการศึกษาของส่วนที่ปรากฏในงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดประสงค์เพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา ผ่านการเลือกใช้คุณภาพของงานที่ดี ทำให้สามารถอธิบายได้ครอบคลุมและกว้างขวางน่าเชื่อถือ และมักจะใช้สร้างนโยบายต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงปรากฏการณ์ไปสู่สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้จะนำกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ในการศึกษา ท้ายที่สุดจะได้ผลการศึกษาและองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการปกป้องเยาวชนไทยให้พ้นภัยจากบุหรี่ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในทุกมิติ ทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3.1 ได้องค์ความรู้ใหม่ ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพ

3.2 ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

4. นิยามศัพท์

วัยรุ่น (adolescence) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World Health Organization) ระบุว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นวัยเด็ก และก่อนจะเริ่มเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 10-19 ปี นอกจากนี้ กองทุนเพื่อกิจกรรมประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือ UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นคือ บุคคลในช่วงอายุตั้งแต่ 10-19 ปี โดยแบ่งเป็น วัยรุ่นตอนต้นอายุ 10-14 ปี และวัยรุ่นตอนปลายอายุ 15-19 ปี

เยาวชน (youth) ความหมายในระดับสากลโดย สหประชาชาติระบุว่า เยาวชน หมายถึง คนในวัยหนุ่มสาวคือ ผู้มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างการเป็นเด็กและผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่กังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์และสิ่งรอบตัวมากเป็นพิเศษ นอกจากนี้ UNESCO ได้ให้ความหมายของคำว่า เยาวชนไว้ว่าเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กที่ต้องรับการพึ่งพาไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีอิสระ และมีความตระหนักถึงการพึ่งพาซึ่งกันและกันในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน เยาวชนมีความหมายที่หลากหลายมากเกินกว่าจะระบุ

ด้วยจำนวนอายุได้ สำหรับประเทศไทย ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 เยาวชน หมายถึง บุคคลที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 14 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ และไม่ใช่ผู้บรรลุนิติภาวะแล้วจากการจดทะเบียนสมรส

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้จึงได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวกับวัยรุ่นหรือเยาวชนไว้ว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเยาวชนไทยอายุไม่เกิน 18 ปี เพื่อให้สอดคล้องตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. 2535(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556) กำหนดไว้ว่าห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม(social ecological model) (Bronfenbrenner.U,2009;วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี,ประศักดิ์ สันติภาพ,2547;สมพล วันต๊ะเมล์,2558) หมายถึง แนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย 1) ระดับบุคคล (personal or individual level) 2) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal level) 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (institutional level) 4) ระดับชุมชน (community level) และ 5) ระดับสังคม (social level)

การสังเคราะห์อภิมาน (meta synthesis) (นิติบดี ศุขเจริญ และวัยวุฒฑ์,2557) หมายถึง กระบวนการวิธีงานวิจัยที่รวบรวมผลของส่วนที่ปรากฏในงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจโดยการเลือกใช้คุณภาพของงานวิจัยที่ดี น่าเชื่อถือ นำมาสังเคราะห์ประมวลผลการอภิปรายข้อค้นพบจากงานวิจัยผ่านการกลั่นกรองโดยใช้ความรู้ ปฏิบัติการ ทฤษฎีต่าง ๆ เป็นการเพิ่มศักยภาพในการพัฒนา สนับสนุนงานวิจัย เพื่อการสร้างสรรค์สิ่งใหม่และปรับปรุงเชิงนโยบายปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุไม่เกิน 18 ปี ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม 5 ระดับ ได้แก่

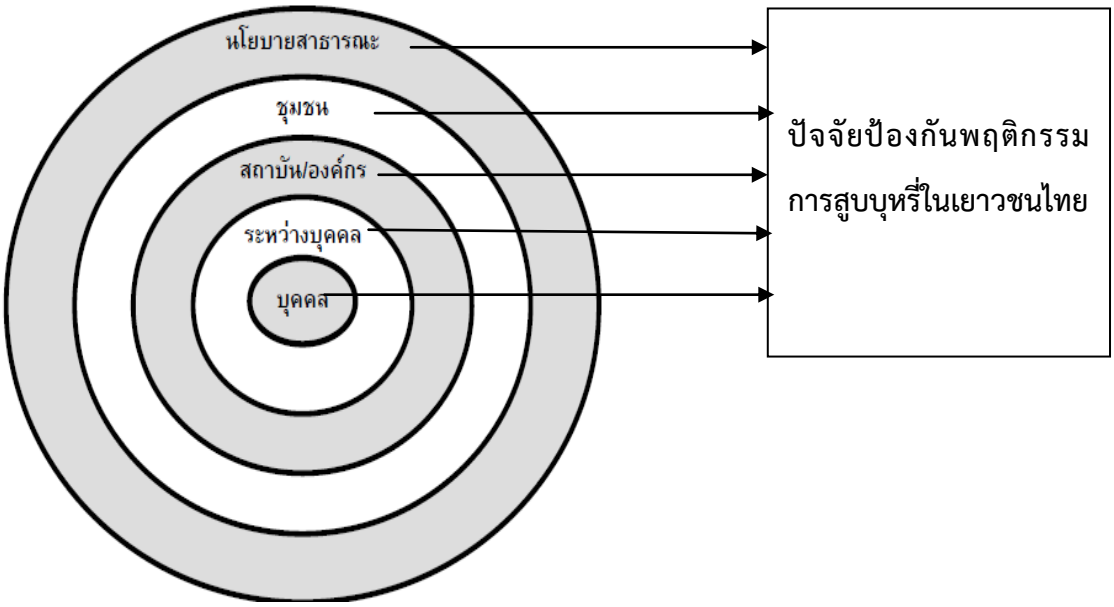
1) ระดับบุคคล เช่น ความตระหนัก ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความชอบส่วนบุคคล

2) ระดับระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดความเป็นตัวตน บทบาทของบุคคล และการช่วยเหลือ

3) ระดับสถาบัน/องค์กร เช่น กฎระเบียบ นโยบาย กระบวนการ สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างไม่เป็นทางการในองค์กรหรือระบบ

4) ระดับชุมชน เช่น เครือข่ายสังคม ค่านิยม มาตรฐาน สังคมและธรรมเนียมปฏิบัติระหว่างองค์กร

5) ระดับนโยบายสาธารณะ เช่น นโยบาย กฎข้อบังคับและกฎหมาย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

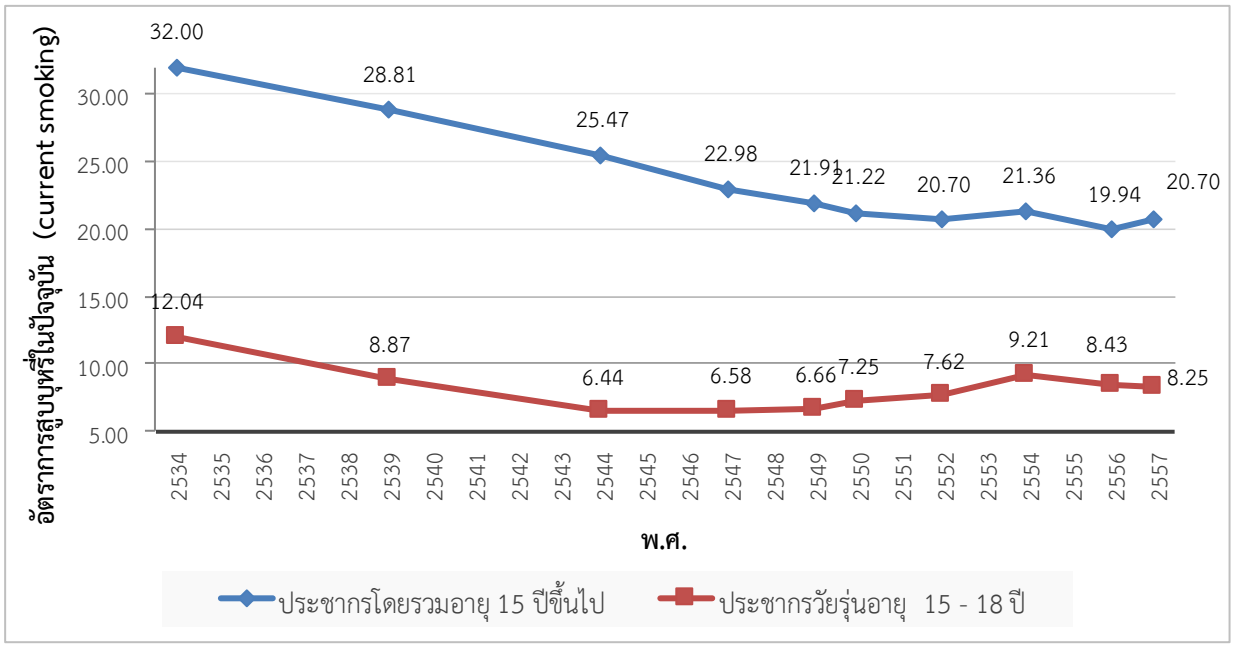
การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและสากล องค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้น ๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประเทศไทยการสูบบุหรี่นับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรคสูงเป็นลำดับที่ 2 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ,2557) โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตมากกว่า 50,000 รายต่อปี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม การสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่น้อยกว่าปีละ 52,189 ล้านบาท คิดเป็น 0.54% ของ GDP ในภาพรวมของประเทศโดยเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมถึงปีละ 11,200 ล้านบาท ที่เกิดจากโรคทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ(ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ,2557) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมพบว่า ในช่วงพ.ศ.2532-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 32.0 และ 20.7 ตามลำดับ) พ.ศ. 2554 อัตราสูบเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในพ.ศ..2556 ผลสำรวจครั้งล่าสุดในพ.ศ.2557 อัตราการสูบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล 1.3 เท่า (ร้อยละ 23.0 และ 18.0 ตามลำดับ) จากการสำรวจอัตราการบริโภคยาสูบจำแนกตามเพศพบว่า ในช่วงพ.ศ.2552 เป็นต้นมา เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 2.1 จากที่เคยต่ำสุดในพ.ศ.2550 ร้อยละ 1.94 และ ในเพศชาย พบว่า มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในพ.ศ.2554 ร้อยละ 41.69 และลดลงในพ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 40.00

จากผลการสำรวจในพ.ศ.2557 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเทียบกับพ.ศ.2550 ซึ่งพบว่า ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นคือ จากพ.ศ.2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในพ.ศ.2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี(สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีอัตราการบริโภคยาสูบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 8.25 จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองในประชากรยังคงอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจากสถานการณ์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบมีข้อค้นพบ 2 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบของ

ประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนในชนบทมีอัตราเพิ่มขึ้น และมีการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรอยู่ในระดับสูง(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556)

สถานการณ์การบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 18 ปี

อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15–18 ปี ตั้งแต่พ.ศ.2534-2544(สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557) พบว่า มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 12 (พ.ศ.2534) เป็นร้อยละ 6.44 (พ.ศ.2544) คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 4.63 ต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่พ.ศ.2547–2554 จากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 9.21 ในพ.ศ.2554 คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.60 ต่อปี และผลการสำรวจพ.ศ.2557 พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15–18 ปี ลดลงจากร้อยละ 9.21 (พ.ศ.2554) เป็นร้อยละ 8.25 (พ.ศ.2557) ดังภาพที่ 2



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน (current smoking) ของประชากรโดยรวมอายุ 15 ปีขึ้นไป และเฉพาะประชากรวัยรุ่นอายุ 15 – 18 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2534–2557

จากผลการสำรวจในพ.ศ.2557 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเทียบกับพ.ศ.2550 พบว่า ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นคือ จากพ.ศ.2544 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.9 ปี และในพ.ศ.2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544 - 2557

พ.ศ.	เยาวชน (15-24 ปี)	วัยทำงาน (25-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	อายุเฉลี่ย
2544	16.9	18.7	19.3	18.5
2547	16.5	18.6	19.2	18.4
2549	16.6	18.1	18.5	18.3
2550	16.8	18.7	19.3	18.5
2554	16.2	18.1	18.6	17.9
2557	15.6	18.0	18.5	17.8

ที่มา: *สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*

จากผลการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด (พ.ศ.2554) โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ พบผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดนั้นมีอายุเพียง 6 ปี(ศูนย์วิจัยจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ,2554) และในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–18 ปี พบว่า มีการเริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำที่อายุน้อยลงจาก 18.67 ปี(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2552) (พ.ศ.2550) เป็น 18.1 ปี(กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2554) (พ.ศ.2554)

กลุ่มอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นอย่างชัดเจนระหว่างพ.ศ.2544-2554 และจากการเปรียบเทียบผลสำรวจในพ.ศ.2554 และปัจจุบัน (พ.ศ.2556) พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15–18 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 9.21 เป็นร้อยละ 8.43(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556)

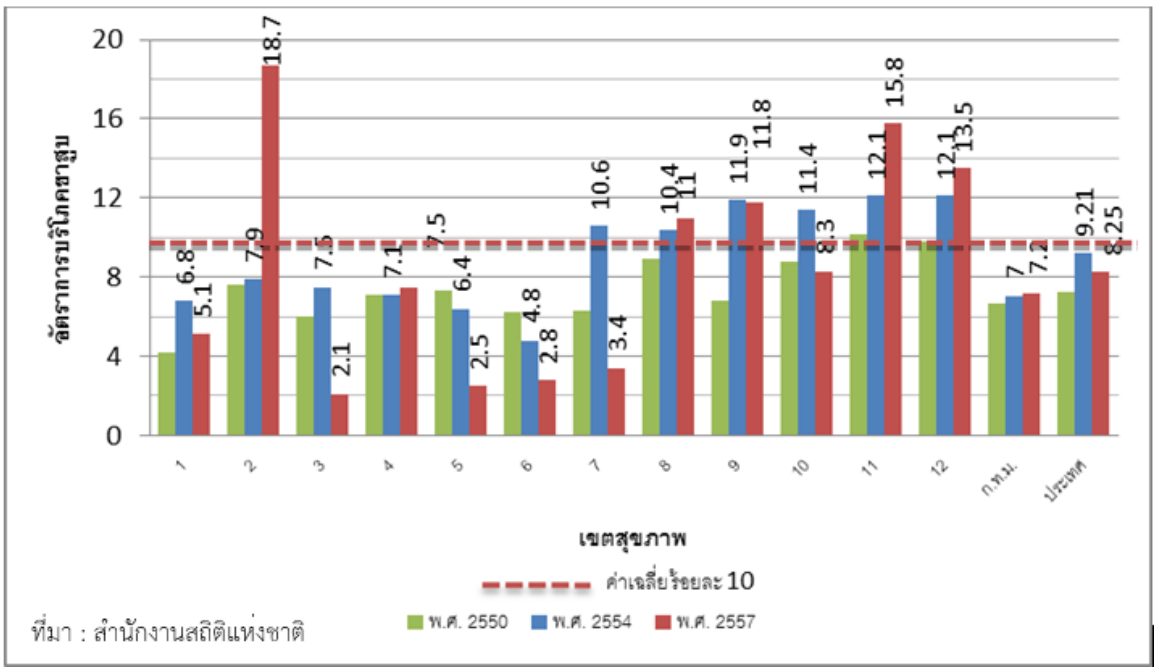
การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน (GATs 2554) (กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2554) **พบว่า**

เยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี ยังคงเข้าถึงและซื้อบุหรี่ซิกาแรตแบบแบ่งขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.3 เป็นร้อยละ 88.3

เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7

เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สังเกตเห็นการโฆษณา ณ จุดขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.6 เป็นร้อยละ 24.5 และสังเกตเห็นกลยุทธการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 34.2

เยาวชนคิดจะเลิกยาสูบลดลง จากร้อยละ 60.6 เหลือร้อยละ 42.6 และเลิกยาสูบได้สำเร็จลดลงจากร้อยละ 6.2 เหลือร้อยละ 2.2 จำนวน 1.2 แสนคน เหลือ 6 หมื่นคน



ภาพที่ 3 สถานการณ์รายเขตสุขภาพ พ.ศ.2550 ,2554 และ 2557

เมื่อเปรียบเทียบรายเขตสุขภาพแล้วพบว่า เขตสุขภาพที่ 1,2,4,8,9,11,12 กรุงเทพมหานคร ภาพรวมประเทศ มีแนวโน้วการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–18 ปี สูงขึ้น จากพ.ศ.2554 และพ.ศ.2557 โดยในพ.ศ.2557 เขต 2,8,9,11 และ 12 มีอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนสูงกว่าค่าเป้าหมาย อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15–18 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 และค่าเฉลี่ยของประเทศ ดังภาพที่ 3

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบข้างต้นพบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประเทศไทยมีอัตราลดลงอย่างคงที่ กล่าวคือไม่มีความแตกต่างกันมากนักในแต่ละช่วงปี ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินมาตรการในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบ และจากผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่าอายุของนักสูบหน้าใหม่ลดลง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทบทวนและบังคับใช้มาตรการและกฎหมายต่างๆที่มีอยู่อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ และช่วยให้ผู้สูบลดและเลิกยาสูบ

อีกทั้งเมื่อพิจารณาอัตราการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ 3 โรคหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมปอดอุดกั้น พ.ศ.2554–2556 พบว่า มีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในทุกปี และการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะยังคงสูง โดยเฉพาะในตลาด ขนส่ง ร้านอาหาร และวัด ทั้งนี้การควบคุมยาสูบต้องเจาะจงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคที่ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

2. หลักการ แนวคิด และทิศทางการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2555)

2.1 หลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

โดยเหตุที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยจึงมีความผูกพันตามพันธกรณีในฐานะรัฐภาคีสมาชิก ในด้านการควบคุมยาสูบได้คำนึงถึงหลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังต่อไปนี้

1) กลยุทธ์ในการควบคุมยาสูบควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงได้มารองรับและมีความยืดหยุ่นที่จะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อสถานการณ์และข้อมูลใหม่อยู่เสมอ

2) ควรป้องกันนโยบายการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการและผู้มีส่วนได้เสียอื่นในอุตสาหกรรมยาสูบ

3) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบต้องมุ่งเน้นที่การต่อต้านการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ไม่ใช่การรณรงค์เพื่อต่อต้านผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบควรส่งเสริมให้การไม่สูบบุหรี่และการไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นบรรทัดฐานของสังคม

5) ประชาชนของทุกประเทศพึงมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมยาสูบ

6) ผู้บริโภคย่อมมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะบริโภคสินค้าที่ปลอดภัยและได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ

7) ผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบควรได้รับการสนับสนุนในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่

8) ผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็ก ควรได้รับการปกป้องจากควันบุหรี่มือสอง

9) การควบคุมยาสูบควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ผู้หญิง รวมทั้งผู้ที่ยากจะเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับกลุ่มประชากรที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงควรขยายการดำเนินงานในชุมชนทั้งในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ และการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้มากขึ้น

10) การควบคุมยาสูบที่สำเร็จต้องอาศัยพันธะสัญญาทางการเมืองโดยการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติในลักษณะพหุภาคี โดยมีการสร้างหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (Focal points) ทั้งในระดับชาติและภูมิภาค รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการโครงการต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ

11) ควรมีการจัดตั้งกลไกเพื่อให้มีการสนับสนุนด้านการเงินอย่างต่อเนื่องสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ

12) องค์การอนามัยโลกจะช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการจัดหาแหล่งทุนและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง

13) โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับชาติอื่น ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

14) ขยายโครงสร้างและความร่วมมือระหว่างกระทรวง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาคเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบ

สำหรับกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยควรกำหนดให้กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการแก้ปัญหาความยากจนระดับชาติ

2.2 แนวทางการควบคุมยาสูบระดับสากล

ในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบนั้น ทุกประเทศทั่วโลกมีแนวทางควบคุมยาสูบที่คล้ายคลึงกัน คือ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญอันได้แก่

1) การป้องกันการเริ่มต้นใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือป้องกันมิให้มีการเริ่มต้นสูบบุหรี่ (Prevention of smoking initiation) ในประชากรทุกเพศและทุกวัย

2) การจัดการภาวะติดบุหรี่ (Management of addiction) หรือส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ (Promoting smoking cessation) เมื่อมีผู้สูบบุหรี่แล้วก็ตนเองพยายามส่งเสริมให้เขาเหล่านั้นเลิกสูบเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) การขจัดการได้รับจากควันบุหรี่มือสอง (Protection of people from secondhand smoke)

4) การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco harm reduction)

5) การจัดการหรือขัดขวางการดำเนินการของธุรกิจยาสูบที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบ

ในการดำเนินการเพื่อสนองนโยบายควบคุมยาสูบที่กล่าวถึงข้างต้นสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการ 2 กลุ่มใหญ่ คือ การดำเนินการเพื่อลดอุปสงค์ (Demand) หรือเรียกว่า การมุ่งเน้นการลดความต้องการบริโภค และการดำเนินการเพื่อลดอุปทาน (Supply) ของยาสูบ ทั้งนี้ในการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยวิธีการแบบเบ็ดเสร็จ ใช้มาตรการหลายอย่าง อาทิ มาตรการทางราคา (เช่นการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ) มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา (เช่น การกำหนดให้มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ การออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่

สาธารณะ) รวมทั้งมาตรการทางสังคม (เช่น การรณรงค์เพื่อให้ข้อมูลและชี้แนะ) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย และการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทน เป็นต้น

2.3 กลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

ประเทศไทยมีกลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประกอบด้วย

1) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC)
2) นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกได้แก่ MPOWER
3) พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
4) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
5) คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)
6) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก สาระสำคัญของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ประกอบด้วย 11 หมวด ดังนี้

หมวด 1 บทนำ

มาตรา 1 บทนิยาม

มาตรา 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอนุสัญญานี้กับความตกลงและเอกสารทางกฎหมายอื่น

หมวด 2 วัตถุประสงค์ หลักการที่ใช้เป็นแนวทาง และพันธกรณีทั่วไป

มาตรา 3 วัตถุประสงค์

มาตรา 4 หลักการที่ใช้เป็นแนวทาง

มาตรา 5 พันธกรณีทั่วไป

หมวด 3 มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรา 6 มาตรการด้านราคาและมาตรการทางภาษีเพื่อลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรา 7 มาตรการอื่นซึ่งมิใช่มาตรการด้านราคาในการลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบ

มาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 10 เกณฑ์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้านผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 12 การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน

มาตรา 13 การโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขายยาสูบ และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ

มาตรา 14 มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบ และการเลิกยาสูบ

หมวด 4 มาตรการเกี่ยวกับการลดปริมาณอุปทานของยาสูบ

มาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

มาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์

มาตรา 17 บทบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจ

หมวด 5 การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม

มาตรา 18 การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคล

หมวด 6 ปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความรับผิด

มาตรา 19 ความรับผิด

หมวด 7 ความร่วมมือด้านเทคนิคและวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลต่างๆ

มาตรา 20 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

มาตรา 21 การรายงานผลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล

มาตรา 22 ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิค และด้านกฎหมายตลอดจนการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง

หมวด 8 การจัดการองค์กรและแหล่งเงินทุน

มาตรา 23 ที่ประชุมใหญ่ของภาคี

มาตรา 24 สำนักเลขาธิการ

มาตรา 25 ความสัมพันธ์ระหว่างที่ประชุมใหญ่ของภาคีและองค์การระหว่างรัฐบาลอื่น

มาตรา 26 แหล่งเงินทุน

หมวด 9 การระงับข้อพิพาท

มาตรา 27 การระงับข้อพิพาท

หมวด 10 การปรับปรุงอนุสัญญา

มาตรา 28 การแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญานี้

มาตรา 29 การให้ความเห็นชอบและการแก้ไขเพิ่มเติมภาคผนวกแนบท้ายอนุสัญญานี้

หมวด 11 บทส่งท้าย

มาตรา 30 การตั้งข้อสงวน

มาตรา 31 การถอนตัวจากการเป็นภาคี

มาตรา 32 สิทธิลงคะแนนเสียง

มาตรา 33 พิธีสาร

มาตรา 34 การลงนาม

มาตรา 35 การให้สัตยาบัน การรับรองการให้ความเห็นชอบ การยืนยันอย่างเป็นทางการ หรือการภาคยานุวัติ

มาตรา 36 การมีผลใช้บังคับ

มาตรา 37 การเก็บรักษาอนุสัญญา

มาตรา 38 ตัวบทที่ถูกต้อง

นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ MPOWER ประกอบด้วย

1) การกำกับนโยบายการป้องกันและควบคุมการใช้ยาสูบ (**M**onitor tobacco use and prevention policies)
2) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (**P**rotect people from tobacco smoke)
3) การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (**O**ffer help to quit tobacco use)

4) การเตือนถึงอันตรายของยาสูบ (Warn about the dangers of tobacco)

5) การบังคับการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและสปอนเซอร์ (Enforce bans on advertising, promotion, sponsorship)

6) การขึ้นภาษียาสูบ (Raise taxes on tobacco products)

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ,2556)

พระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมย์ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

โดยมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 ประกาศ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2553 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กำหนดให้สถานที่สาธารณะดังต่อไปนี้เป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ดังนี้

1) สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ

2) สถานศึกษา

3) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน

4) ยานพาหนะและสถานีขนส่งสาธารณะ

5) ศาสนสถาน สถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ เช่น วัด มัสยิด โบสถ์ เป็นต้น

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556)

พระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

โดยมีมาตรา 4 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้อยู่ว่าผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2532 มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2555)

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนานกว่า 30 ปี โดยความร่วมมือของ ทุกภาคส่วนทั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชน (NGOs) และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้มีความก้าวหน้า มาเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนขาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 172 ประเทศ ที่ลงนามแล้ว (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2553) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ซึ่งเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ ดังกล่าว อีกทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ และการเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมทำให้ปัญหาการบริโภคยาสูบมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนขึ้นมาก จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ และมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน จึงได้แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555–2557 ที่ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชนนำไปเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไปอย่างเป็นรูปธรรม โดยมียุทธศาสตร์ (strategies) ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ ประกอบด้วย 8 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

ทั้งนี้โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนโดยตรง คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 3 ยุทธวิธี ได้แก่

1) ให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพ และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

1.2) ฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครู

1.3) ดำเนินการโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่

1.4) สร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อรณรงค์ป้องกันการริเริ่มการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน

1.5) สนับสนุนให้เยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ (youth advocacy group)

2) ปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเย้ายวน (appeal) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) ควบคุมการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจยาสูบ

2.2) ขจัดการแสดงผลิตภัณฑ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเลคทรอนิกส์ (วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต)

2.3) ขจัดการอุปถัมภ์ต่างๆ และการทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจยาสูบ (Corporative Social Responsibility : CSR)

2.4) จำกัดการเย้ายวนโดยบุคคลต้นแบบ (role models) ซึ่งรวมถึงบิดามารดา เพื่อน หรือรุ่นพี่ และดารา

2.5) ขจัดความเย้ายวนจากผลิตภัณฑ์รูปแบบและรสชาดใหม่ ซึ่งบริษัทบุหรี่นำออกสู่ตลาด

3) ป้องกันและขจัดการเข้าถึง (access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน ยุทธวิธีนี้รวมถึงการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังใน 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) ห้ามการจำหน่ายแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี

3.2) ห้ามจำหน่ายโดยเครื่องอัตโนมัติ

3.3) ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย

3.4) ห้ามจำหน่ายปลีกเป็นมวนหรือเป็นซองซึ่งมีบุหรี่น้อยกว่า 20 มวน

3.5) ห้ามจำหน่ายทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต

3.6) เพิ่มภาษีและราคา

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าเป้าหมายของอุตสาหกรรมยาสูบในปัจจุบันจะมุ่งเป้าไปที่กลุ่มเยาวชนมากยิ่งขึ้นโดยมีแนวทางการทำงาน(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2557) ดังต่อไปนี้

2.4 การติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบ และนโยบายป้องกันและควบคุมยาสูบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบด้วยมาตรการ ดังนี้

1. ปรับยุทธศาสตร์ในการควบคุมยาสูบ โดยเน้นที่กลุ่มเด็กและเยาวชนด้วยการแสวงหา ระดม และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในชุมชน เพื่อช่วยกันปกป้องไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงยาสูบ

2. พัฒนากฎหมายและระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบที่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคมอย่างจริงจัง

3. ดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์การบริโภคยาสูบ และประเมินผลการควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ โดยการสำรวจระดับชาติ ตลอดจนบูรณาการแบบสอบถามยาสูบมาตรฐานเข้าสู่ระบบการสำรวจระดับชาติ

2.5 การปกป้องประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนดด้วยมาตรการ ดังนี้

1. การเพิ่มความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้บังคับใช้กฎหมายและบทลงโทษ โดยกำหนดอัตราค่าปรับให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน และการใช้มาตรการลงโทษอื่นๆ เช่น การยกเลิกใบอนุญาตการเปิดกิจการร้านอาหาร ภัตตาคาร สถานบันเทิง เมื่อตรวจพบการละเมิดกฎหมาย เป็นต้น

2. สร้างความตระหนักของสาธารณชนเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่และการปฏิบัติตามกฎหมายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เจ้าของ/ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานต่างๆ

2.6 การช่วยเหลือให้เลิกยาสูบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มจำนวนผู้เลิกใช้ยาสูบด้วยมาตรการดังนี้

1. การกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการเลิกยาสูบที่เป็นเอกภาพและมีการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบอย่างเป็นระบบ

2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถให้บริการช่วยเลิกยาสูบได้

3. เพิ่มการสื่อสารสาธารณะ และสร้างกระแสให้ผู้บริโภคยาสูบมีความต้องการเลิกยาสูบโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

2.7 การเตือนเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทุก 2 ปี โดยมีเป้าหมายให้ผู้พบเห็นให้ความสนใจต่อภาพคำเตือนใหม่ๆ และตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่อยู่เสมอ

2. เลือกใช้ภาพคำเตือนที่สามารถสื่อสารความหมายที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา จดจำได้ง่ายว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบมีผลกระทบโดยตรงทั้งต่อผู้สูบและผู้ได้รับควัน

3. ใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจถึงผลกระทบของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบรวมถึงการใช้ตัวอักษรที่อ่านง่าย และเห็นชัดเจน

4. นำภาพคำเตือนไปเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อการเข้าถึงและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเตือนและชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของการบริโภคยาสูบ

2.8 การห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบและการอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่าง ๆ ด้วยมาตรการดังนี้

1. ปรับแก้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรา 5.3 และ13 ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกเพื่อควบคุมการใช้ช่องว่างทางกฎหมายในการโฆษณาและส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยาสูบ

2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อสะท้อนขนาดของปัญหาการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบได้อย่างถูกต้องและสามารถกำหนดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมตามระดับของการแทรกแซง

3. บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมไม่ให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ

2.9 การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนด้วยมาตรการดังนี้

1. ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงกระทรวงการคลังเพื่อสนับสนุนให้เพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทในอัตราที่เหมาะสม

2. เพิ่มความตระหนักของสาธารณชนเกี่ยวกับผลกระทบของการขายบุหรี่แบบแบ่งมวนให้กับเด็กและเยาวชน รวมถึงบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งมวนขายอย่างผิดกฎหมาย

3. เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ เพื่อไม่ให้ขายบุหรี่ให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย เป็นต้น

4. เพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาเส้น

3. แนวคิดและแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Bronfenbrenner.U,2009;วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, ประศักดิ์ สันติภาพ,2547;สมพล วันต๊ะเมล์,2558)

แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมเป็นทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อม กรอบแนวคิดนี้มีพื้นฐานความคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากองค์ประกอบส่วนบุคคลและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสลับซับซ้อน บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรย่อมได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เนื่องจากบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมไม่ทางตรงก็ทางอ้อมตลอดเวลา องค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรอย่างจริงจัง อาทิเช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น Bronfenbrenner,2009 ได้เสนอแนวคิดเพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมใน 4 ระบบ ซึ่งในแนวคิดนี้ได้แบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นระบบอย่างต่อเนื่องกัน โดยแต่ละระบบจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย แบ่งออกเป็น 4 ระบบคือ 1) ระบบจุลภาค (micro-system) เป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดและให้ประสบการณ์โดยตรงต่อตัวบุคคลมากที่สุด ประกอบด้วย อิทธิพลภายในตัวบุคคลและอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยอิทธิพลภายในตัวบุคคลจะเป็นอิทธิพลทางจิตวิทยา ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ การรับรู้ทัศนคติ และความรู้ของบุคคล ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อนสนิท หรือกลุ่มทางสังคมต่างๆ 2) ระบบปฏิสัมพันธ์ (meso-system) เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงระบบจุลภาคต่าง ๆ ให้มีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น ครอบครัวกับโรงเรียน ครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อนกับห้องเรียน เป็นต้น หรืออีกนัยหนึ่งคือบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากองค์กรหรือสถาบัน เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชมรมกีฬา สถานที่ทำงาน โบสถ์หรือวัด เป็นต้น ถ้าหากบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบันหรือองค์กรมากเท่าใด บุคคลย่อมจะได้รับอิทธิพลจากสถาบันหรือองค์กรมากขึ้นเท่านั้น 3) ระบบภายนอก (exo-system) เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งส่งผลโดยตรงต่อบุคคล เช่น ชุมชน เพื่อนบ้าน เทคโนโลยีสื่อสาร สถานที่ทำงาน สถานะภาพของบิดามารดา เป็นต้น และ 4) ระบบมหภาค (macro-system) เป็นระบบใหญ่ที่สุดของสังคม ซึ่งเป็นที่รวมทุกระบบที่กล่าวมาให้เกี่ยวเนื่องกัน ที่ประกอบไปด้วย บทบาท กฎหมาย มาตราฐานของสังคมและหน้าที่ ก่อให้เกิดทัศนคติและจารีตที่มีผลต่อการสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง

ต่อมา McLeroy และคณะ (McLeroy KR et. al.,1988) ได้นำแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยตั้งข้อสันนิษฐานว่า การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมในสภาพแวดล้อมทางสังคมจะสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล และการสนับสนุนพฤติกรรมระดับบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วย กรอบแนวคิดหลักของ McLeroy คือ พฤติกรรมของบุคคลจะได้รับผลกระทบมาจากหลากหลายระดับของอิทธิพล และในแต่ละระดับของอิทธิพลนั้นจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเสมอ ซึ่งระดับของอิทธิพลดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

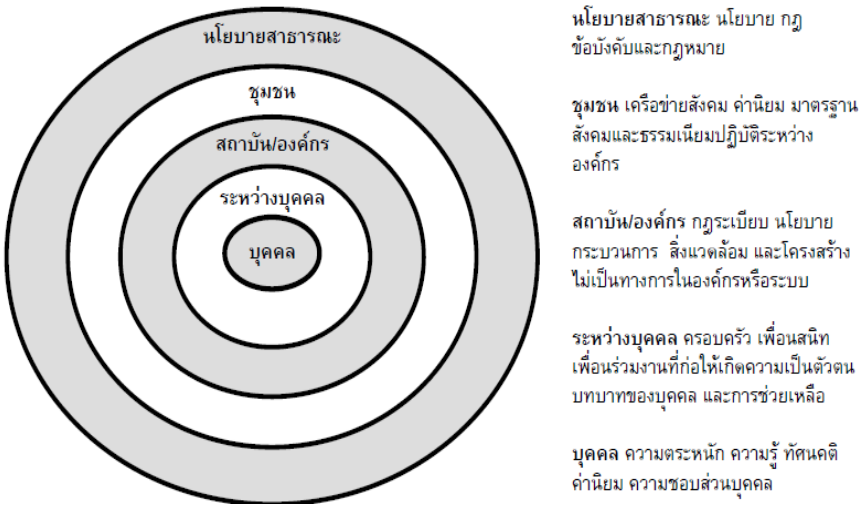
1) ระดับบุคคล (personal or individual level) คือ ลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ระดับความรู้ทัศนคติความเชื่อ และบุคลิกภาพของบุคคล เป็นต้น

2) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal level) คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มบุคคลล อันประกอบด้วยครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมสถาบัน ซึ่งทั้งหมดนี้จะกำหนดหรือเป็นที่มาของความเป็นตัวตน (social identity) บทบาทในสังคม (role definition) และการสนับสนุนช่วยเหลือ (support) ของบุคคล

3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (institutional level) คือ บรรทัดฐานการปฏิบัติ กฎระเบียบขององค์กร ข้อบังคับนโยบาย และโครงสร้างที่ไม่เป็นทางการภายในสถาบัน

4) ระดับชุมชน (community level) คือ เครือข่ายสังคม ค่านิยม หรือธรรมเนียม ซึ่งอาจดำรงอยู่อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กร

5) ระดับสังคม (social level) คือ ระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในระดับมหภาค เช่น การออกกฎหมายระดับท้องถิ่นและประเทศ หรือกิจกรรมและการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นต้น



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมของอิทธิพลระดับต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

แหล่งที่มา *: วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ประศักดิ์ สันติภาพ. การทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2547*

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่วัยรุ่นอยู่เป็นจำนวนมาก พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม(ณัฏฐินี จันทร์ก้อน ,2543) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ มีการศึกษาในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอยู่ในระดับปานกลาง แยกย่อยเป็น 1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา อาชีพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับสมาชิกในครอบครัว และสถานภาพครอบครัวของนักเรียน และยังพบว่า เหตุผลของการสูบบุหรี่คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเหตุผลของการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) และลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา และสถานภาพครอบครัวของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ และ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ปกครอง โดยตัวแปรทั้งหมดในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01)(นันทิชา ฎาชา,2550)

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ระดับรายได้ การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกครัวเรือนที่สูบบุหรี่ การมีประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายด้านสื่อโฆษณาและการสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่ของรัฐบาล ปัจจัยดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วย(สุรัตนา พรวิวัฒนชัย,2553) กล่าวคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 10 เท่า และเมื่อวัยรุ่นมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้นด้วย ในเรื่องของความรู้นั้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความเห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งต่อตัวผู้สูบเองและผู้ที่ไม่สูบแต่ได้รับควันบุหรี่ ทั้งนี้พบว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่มองเห็นอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเรียนในชั้นเรียน ทัศนคติของวัยรุ่นที่มองว่า การสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาหรือเป็นสิ่งดี วัยรุ่นกลุ่มนี้มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มองว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่กับวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีความคิดตรงกันข้ามกันในเรื่องของความน่าดึงดูดใจจากการสูบบุหรี่ รายได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ และถ้าวัยรุ่นยิ่งมีฐานะดีเท่าไรอัตราการลองสูบบุหรี่ก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น

เพื่อนที่สูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น สำหรับการที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่จะทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของลูกชายมากกว่าหญิง ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแม่จะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของลูกผู้หญิงมากกว่าลูกผู้ชาย สำหรับประสบการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มักดื่มเบียร์และสุราด้วย ในทางกลับกันผู้ดื่มสุราก็มักจะสูบบุหรี่และดื่มเบียร์ด้วย ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่มากกว่าเนื่องจากเป็นผู้ที่จับต้องบุหรี่มากกว่า และสุดท้ายคือ การที่รัฐบาลสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่มาจำหน่ายในประเทศทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเลือกบุหรี่ได้มากกว่า และการที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายมีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วย

ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่มีการศึกษาแบบ longitudinal population-based cohort ในวัยรุ่นมินิโซต้า พบว่า หลังจากปรับค่าของความถี่ในการสูบบุหรี่ให้เป็นแบบทั่วไปแล้ว ปัจจัยด้านประชากร ทัศนคติ และระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่ในครอบครัวที่ห้ามสูบบุหรี่และการอาศัยอยู่ในเมืองที่มีนโยบายอากาศสะอาด (clean indoor air policy) ก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการหยุดสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้วัยรุ่นยังคงสูบบุหรี่อยู่นั้น ได้แก่ เพศชาย ความถี่ในการสูบบุหรี่ การยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ การอยู่อาศัยกับคนที่สูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่(Klein EG,Forster JL and Erickson DJ,2013) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในด้านสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ เพศ และความซึมเศร้า ในระบบจุลภาค ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และครู ในระบบปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างกันในครัวเรือน และความสัมพันธ์ที่โรงเรียน ในระบบภายนอก ได้แก่ พ่อแม่ที่เข้ามาเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นและสื่อต่าง ๆ ในระบบมหภาค ได้แก่ การเลี้ยงดูของครอบครัวและความเครียดในการเรียน และสุดท้ายคือ ในระบบลำดับเวลา ได้แก่ วิกฤตการณ์เงินของเอเชียแปซิฟิกในค.ศ.1997 ปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเกาหลีใต้ นอกจากนี้ยังพบว่า หากวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ เพื่อน และครูอย่างมากนั้น จะมีส่วนช่วยในการลดการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้(Hong JS et. al.,2011) และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมของแบบแผนการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นโดยวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาในหลากหลายมิติ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เพื่อน ครอบครัว และโรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น การใช้เวลาว่างกับเพื่อน การมีเพื่อนสนิทและสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ ทั้งสามตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงที่จะทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่สูง(Wen M, Van Duker H and Olson LM,2009) และยังมีงานวิจัยที่ศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชาวแม็กซิกัน(Thrasher JF et. al.,2009) พบว่า นักเรียนที่สัมผัสกับภาพยนตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือมีฉากของการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนที่ศึกษาด้วย

นอกจากนี้ การศึกษาถึงการลดปัจจัยเสี่ยงของการเริ่มสูบบุหรี่ สำหรับการสูบบุหรี่ในอนาคต และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่น ๆ โดยใช้ข้อมูลเชิงลึกซึ่งเป็นข้อมูลระยะยาว 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ellickson PL,Tucker JS and Klein DJ,2008) พบว่า ปัจจัยป้องกันที่จะต่อต้านการสูบบุหรี่ในอนาคตและ

พฤติกรรมต่างๆของวัยรุ่น ได้แก่ การได้รับการศึกษาที่ดี และการที่มีพ่อแม่ไม่อนุญาตหรือเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่/สารเสพติด การฝึกอบรม การปฏิเสธเพื่อนที่ชักชวนให้สูบบุหรี่ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในความพยายามที่จะป้องกันการสูบบุหรี่ และการเพิ่มพูนศักยภาพทางการศึกษาจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะมีการสูบบุหรี่สูงในอนาคต ทั้งในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงความเชื่อในการลองเสพอาจจะมีประสิทธิภาพมากในหมู่วัยรุ่นที่เรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย โดยมีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 เดือน หลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมควบคุมโรค

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 แหล่งข้อมูล บทความระดับนานาชาติจะสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ คือ Google Scholar, Science Direct และ Scopus สำหรับบทความในประเทศไทยจะสืบค้นจากวารสารทั้งที่เผยแพร่และไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ของห้องสมุดต่าง ๆ ร่วมด้วย การศึกษานี้จะติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทความ หรือเจ้าของงานวิจัยนั้นถ้าจำเป็น

2.2 วิธีการสืบค้นข้อมูล การสืบค้นเอกสารงานวิจัยและบทความต่าง ๆ จะสืบค้นทั้งเอกสารที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ และมีรูปแบบการศึกษาทั้งที่เป็นงานวิจัยแบบสังเกต แบบทดลอง งานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่ตีพิมพ์ตั้งแต่พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยจะสืบค้นจากคำสำคัญหรือดัชนีคำค้นที่กำหนดขึ้น ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น “พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่” “ปัจจัยป้องกัน + การสูบบุหรี่” “การสูบบุหรี่ + เยาวชนไทย” “ปัจจัยป้องกัน + นิเวศวิทยาเชิงสังคม” “การสูบบุหรี่ + นิเวศวิทยาเชิงสังคม” “protective behavior + smoking” “protective factor + smoking” “smoking + Thai youth” “protective factor + social ecological model” และ “smoking + social ecological model” เป็นต้น

2.3 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ 1) Google Scholar 2) Science Direct และ 3) Scopus

2.4 เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย (criteria) ประกอบด้วย

2.4.1 เกณฑ์การเลือกเข้า (inclusion criteria)

1) รายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงพ.ศ.2547–ปัจจุบัน

2) มีวัตถุประสงค์การศึกษาตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม

3) ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเยาวชนไทยอายุไม่เกิน 18 ปี

4) เอกสารที่เป็นเฉพาะภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

6) รายงานประเมินผลโครงการ

2.4.2 เกณฑ์การเลือกออก (exclusion criteria)

1) เอกสารหรือบทความที่มีเฉพาะบทคัดย่อ

2) รูปแบบการศึกษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.5 การประเมินคุณภาพเอกสาร มีเกณฑ์ในการพิจารณาตามรูปแบบของรายงานวิจัย โดยแบ่งผลการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ ผ่านและไม่ผ่าน โดยกำหนดให้เอกสารที่ผ่านต้องมีข้อมูลครบทุกข้อของการประเมิน

2.5.1 กรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประเมินจาก

- มีการตรวจสอบงานวิจัยแบบสามเส้า (triangulation) เช่น ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี

- มีผู้ร่วมวิจัยมากกว่า 2 ท่าน ในการตีความและสรุปรายงานวิจัย

2.5.2 กรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ประเมินจาก

- การควบคุมอคติ (bias) ในการเลือกกลุ่มศึกษา เช่น selection bias, information bias และ misclassification bias เป็นต้น

- การควบคุมตัวแปรกวน (confounding factor)

- report bias (อคติในการรายงานผลการศึกษา) เช่น การรายงานตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นต้น

3. การดึงข้อมูล

เมื่อสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้วจะนำมาพิจารณาอย่างละเอียดโดยนักวิจัย 2 คนอย่างอิสระกัน ในการดึงข้อมูลตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย โดยจัดหมวดหมู่ที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ

4.2 ข้อมูลปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ จะใช้รูปแบบการวิเคราะห์ตามวิธีการของ meta-synthesis ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตาม theory explication (เพื่ออธิบายทฤษฎี) และ descriptive meta-synthesis (เพื่ออธิบายข้อค้นพบในเชิงคุณภาพ) โดยทีมผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แยกแต่ละประเด็นตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม

5. การสังเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ดึงได้ในแต่ละหมวดหมู่ตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคมจะถูกนำมาสังเคราะห์ ด้วยนักวิจัยอย่างน้อย 2 คน เพื่อสรุปผลการศึกษาตามรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ

6. ข้อพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลจากรายงานวิจัยที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) มาใช้ในการศึกษาจึงไม่มีการลงลายมือชื่อจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการได้โดยการเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือกรมควบคุมโรค ที่สธ 0435.3/3087 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ตามรหัสโครงการ 7/58-759 version 1.2 วันที่ 21 พฤษภาคม 2558 (ภาคผนวก ก)

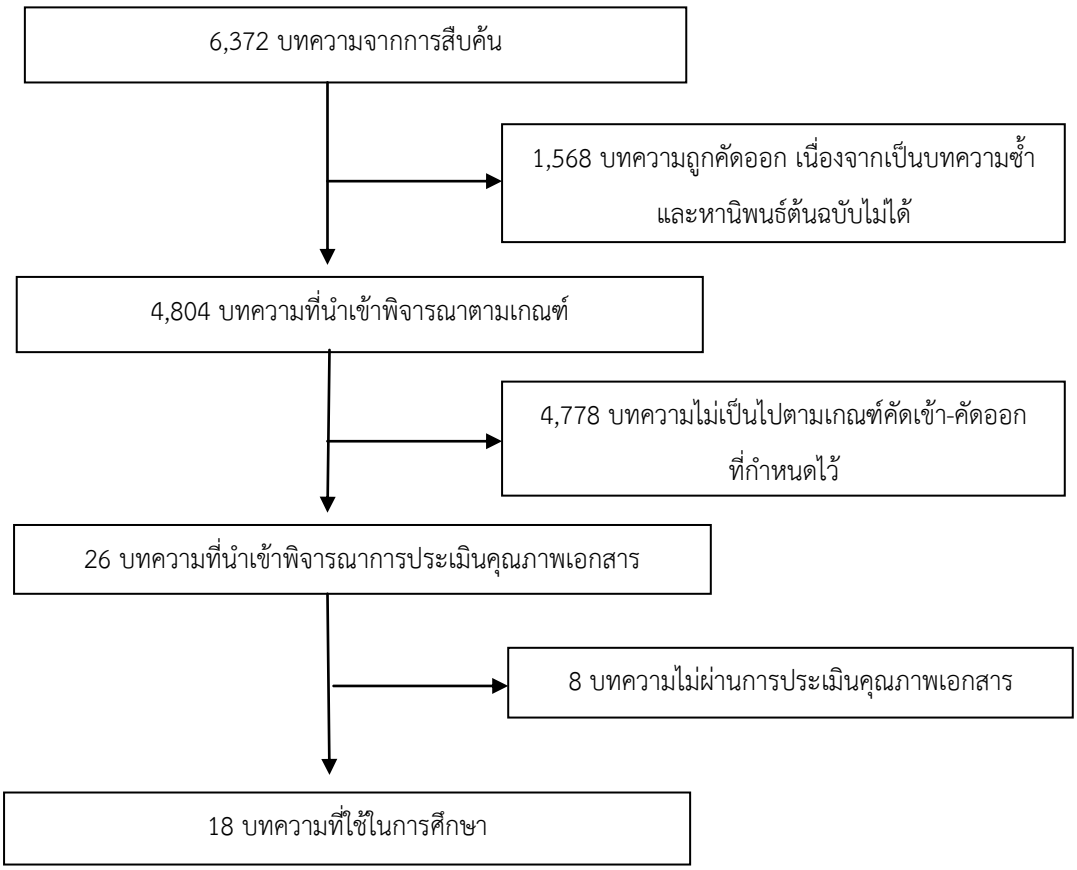
บทที่ 4

ผลการศึกษา

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เพื่อจะอธิบาย วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัจจัยที่มีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ มีรายละเอียดผลการคัดเลือกเอกสารจาก 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ Google scholar, Scopus และ Science direct ที่ใช้ในการศึกษา ดังภาพที่ 5

ขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลจนถึงการสังเคราะห์ข้อมูล แสดงดัง ภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แผนภูมิกระบวนการคัดเลือกบทความงานวิจัย

ตารางที่ 2 บทความที่ผ่านขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผู้แต่ง	พ.ศ.	รูปแบบการศึกษา	ขนาดตัวอย่าง	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	จำนวนเพศชาย (ร้อยละ)	อายุเฉลี่ย (ปี)
สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล	2556	สำรวจ	612 คน	ไม่มีข้อมูล	238 คน (38.9%)	13 $\pm$ 0.8
จันทนา คำน้อย	2552	เชิงพรรณนา	351 คน	6 คน (1.7%)	99 คน (28.2%)	17 $\pm$ 1.2
ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ	2555	กึ่งทดลอง	76 คน	กลุ่มทดลอง ไม่สูบบุหรี่ทั้งหมด กลุ่มเปรียบเทียบ สูบบุหรี่ในปัจจุบัน 5.0%	กลุ่มทดลอง 50.0% กลุ่มเปรียบเทียบ 52.5 %	ไม่มีข้อมูล
ศิริญญา ชมขุนทด พรนภา หอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์	2557	กึ่งทดลอง	40 คน	ไม่มีข้อมูล	40 คน (100%)	กลุ่มควบคุม 11.8 $\pm$ 0.69 กลุ่มศึกษา 11.6 $\pm$ 0.68
วรรณชนก จันทชุม	2549	วิจัยเชิงปฏิบัติการ	188 คน	15.0%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
กมลภู ถนอมสัตย์ รัชนี สรรเสริญ	2554	เชิงพรรณนา	338 คน	ไม่มีข้อมูล	338 คน (100%)	ไม่มีข้อมูล
โชคชัย สาครพานิช	2554	วิเคราะห์ภาคตัดขวาง	85 คน	ไม่มีข้อมูล	85 คน (100%)	ไม่มีข้อมูล
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ	2558	วิจัยเชิงคุณภาพ	12 คน	ไม่มีข้อมูล	1 คน (8.3%)	ไม่มีข้อมูล
สุวรรณี จรูงจิตรอารี และคณะ	2556	พรรณนาภาคตัดขวาง	801 คน	453 คน (56.6%)	ไม่มีข้อมูล	กลุ่มสูบบุหรี่ 18.66 $\pm$ 1.31 กลุ่มไม่สูบบุหรี่ 18.23 $\pm$ 1.19
Dumrongpiwat S and et.al.	2552	สำรวจ	182 คน	ไม่มีข้อมูล	176 คน (96.7%)	16.7 $\pm$ 1.2
Chutima Deesawat Chaweewon Boonshuyar and Lukkhana Termsirikulchai	2555	วิเคราะห์ภาคตัดขวาง	2,557 คน	9%	1,110 คน (43.3%)	16.3 $\pm$ 1.0
Brenda A.Miller and et.al.	2554	วิเคราะห์ภาคตัดขวาง	420 คน	9.6%	49.5%	13.5 $\pm$ 0.5

ผู้แต่ง	พ.ศ.	รูปแบบการศึกษา	ขนาดตัวอย่าง	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	จำนวนเพศชาย (ร้อยละ)	อายุเฉลี่ย (ปี)
Sirirassamee T and et.al.	2552	วิเคราะห์ภาคตัดขวาง	706 คน	15%	49.9%	16.1 $\pm$ 1.4
Randy M.Page and et.al.	2555	สำรวจ	2,516 คน	ชาย 28.3% หญิง 3.8%	1,302 คน (51.7%)	16.6 $\pm$ 1.0
Gyeongsil Lee and et.al.	2558	สำรวจ	15,774 คน	1,779 คน (37.5%)	7,669 คน (50.1%)	13-15
Chaikoolvatana A and et.al.	2556	ทดลอง	226 คน	ไม่มีข้อมูล	127 คน (56.2%)	13-15
Sirichotiratana N and et.al.	2551	สำรวจ	14,000 คน	23.8%	เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน 7,198 คน (36.4%)	13-15
Nuananong	2549	ทดลอง	170 คน	ไม่มีข้อมูล	78 คน (45.9%)	กลุ่มควบคุม 15.5 $\pm$ 2.1 กลุ่มทดลอง 15.6 $\pm$ 2.5

2. การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย

ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับบุคคล

1) การวางเป้าหมายมุ่งอนาคต (มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ การวางแผน การคาดการณ์อนาคต การมองปัจจุบัน และการวางเป้าหมายอนาคต)

2) เจตคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและความรู้สึกเชิงลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น) ปัจจัยด้านของความรู้สึกภูมิใจในตนเอง เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยเยาวชนที่พูดว่า “do some things wrong” ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าเยาวชนที่พูดว่า “do most things ok” (OR = 3.16, 95% CI = 1.71-5.84). ทัศนคติหรือเจตคติมีกำเนิดมาจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และมีผลต่อการตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลที่กล่าวว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดพฤติกรรมถ้ามี

ความรู้สึกชอบ เห็นด้วยหรือรู้สึกว่ากระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้วมีประโยชน์ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง ทำให้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่

3) การรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การรับรู้ภาพลักษณ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทุกด้าน (โมเดลการวัดปัจจัยเชิงป้องกันมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (Chi-square = 27.82 , *df* = 20, *p*=.10, GFI=.99, AGFI=.97, RMR=.028, RMSEA=.026) และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.424, p < .001 และ t = 4.647, p < .001ตามลำดับ) มีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้องและมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.327,p < .01 และ t = 2.958, p < .01 ตามลำ ดับ) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.177,p < .05 และ t = 2.255, p < .05 ตามลำดับ) การรับรู้ถึงค่านิยมในการสูบบุหรี่ของบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียงเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ความพยายามจะสูบบุหรี่ และความอ่อนไหวที่จะสูบบุหรี่

4) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อการตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล อันจะนำมาซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติได้สอดคล้องกับ แนวคิดของแบนดูรา ที่กล่าวว่าการรับรู้ในความสามารถของบุคคลเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการกระทำของมนุษย์ ที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนาได้เช่นกัน ทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่

5) การไม่ทดลองสูบบุหรี่ ($\bar{x}$ = 5.50, SD = 0.85) อยากทดลองสูบด้วยตนเอง เริ่มสูบบุหรี่ ครั้งแรกอายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.07 ปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน ประกอบด้วยปัจจัยภายในของตัวเด็กเอง ได้แก่ การเห็นเพื่อนสูบแล้วอยากสูบบ้าง อยากให้เพื่อนยอมรับเข้ากลุ่ม การไม่รู้ว่าจะปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่อย่างไร ความอยากรู้อยากลอง การรับรู้หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ เช่น “บุหรี่เลิกได้ง่าย สูบแล้วไม่ติด” หรือ “รู้สึกว่าคนที่สูบบุหรี่ โก้ หรือ เท่ห์” เป็นต้น การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชายในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 4.022,p-value= .001 และt = 3.035, p-value =.007 ตามลำดับ)

6) การจัดการกับความเครียด ($\bar{x}$ = 8.04, SD = 1.02)

7) การปฏิเสธการชักชวนให้สูบบุหรี่ ($\bar{x}$ = 14.80, SD = 2.00) และความเชื่อมั่นในตนเอง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 4.022,p-value= .001 และ t = 3.035, p-value =.007 ตามลำดับ)

8) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ($\bar{x}$ = 10.03, SD = 1.32)

ระดับระหว่างบุคคล

1) การต้านทานอิทธิพลกลุ่มเพื่อน (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การกำกับตัวให้เข้ากับกลุ่ม และการได้รับอิทธิพลกลุ่มเพื่อน) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โมเดลการวัดปัจจัยเชิงป้องกันมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (Chi-square = 27.82 , *df* = 20, *p*=.10, GFI=.99, AGFI=.97, RMR=.028, RMSEA=.026)

2) การไม่ยุ่งเกี่ยวกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ ($\bar{x}$ = 7.78, SD = 1.16)

3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือการใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เด็กนักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ในประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น สาเหตุของการสูบบุหรี่และความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งจัดให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และการจัดการอารมณ์ โดยการอภิปรายและฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และทักษะการปฏิเสธแก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย ร่วมกับการทบทวนความรู้ ทักษะ และสร้างพันธะสัญญาร่วมกันที่จะไม่สูบบุหรี่

4) กระตุ้น และให้กำลังใจ

5) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุดอาจเป็น บิดามารดา หรือญาติ มีส่วนร่วมโดยมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และความคาดหวังของครอบครัวที่บ้านโดยใช้หลักการสื่อสารที่ดีและกระตุ้นเตือนและติดตามให้มีการปฏิบัติจริง

6) ครอบครัวและการเลี้ยงดู พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นจะมีอิทธิพลมาจากการปฏิบัติของพ่อแม่การเลี้ยงดูของครอบครัว รวมถึงการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบและการกระทำความผิดกฎหมาย มาตรการและการตรวจสอบโดยผู้ปกครอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ใกล้ชิด การสื่อสารของผู้ปกครองและการเลี้ยงดูของครอบครัว ความใกล้ชิดของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของการใช้บุหรี่

และทั้งสองเล็กน้อยและจริงจัง การปฏิบัติที่การเลี้ยงดูของมารดาอาจมีความสำคัญมากที่สุดในการลูกสาวของพวกเขาและมารดาอาจยังคงไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเท่ากับลูกชายของเขา การมีพ่อแม่อย่างน้อยหนึ่งคนที่สูบบุหรี่ เป็นความสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและความพยายามที่จะสูบบุหรี่ การมีผู้ปกครองที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยถูกเพื่อนสนิทชักชวนให้สูบบุหรี่ ช่วยให้เด็กไม่คิดที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

ปัญหาของผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อการทดลองสูบบุหรี่หรือการกระทำผิดของเยาวชน พบว่า ผู้ปกครอง (พ่อแม่)ที่แยกกันอยู่หรือหย่าร้างอาจนำไปสู่การสูบบุหรี่ของเยาวชน นอกจากนี้ ผู้ปกครองที่มีรายได้และระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่เยาวชนสูบบุหรี่มากกว่า

7) เพื่อน พบว่าความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งมากที่สุดต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใน logistic models คือ การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ การศึกษาควรมุ่งเน้นไปที่เพื่อนๆ และครอบครัว เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับวัยรุ่นครึ่งของนักเรียน (50.7%) มาจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ และมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ อิทธิพลกลุ่มเพื่อนและครอบครัวมีผลต่อการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชน นักเรียนคนที่มีเพื่อนสูบบุหรี่จำนวนมากนั้น มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ในอนาคตมากกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ ($P < .001$) นักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่มีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ในอนาคตจากการชักชวนของเพื่อนประมาณ 5.29 ครั้ง ซึ่งนักเรียนกลุ่มนี้มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ในอนาคตมากกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนชักชวน (95% CI = 3.75-7.46) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ระดับ .01 โดยนักเรียนชายที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่คือ เพื่อน เยาวชนมากกว่าร้อยละ 98 มีเพื่อนที่สูบบุหรี่

8) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยการให้เรียนรู้จากวัยรุ่นที่มีลักษณะดึงดูดความสนใจ มีอายุและเพศใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและประสบความสำเร็จในการหาทางออกจากสถานการณ์เสี่ยง ต่อการสูบบุหรี่ผ่านวีดีทัศน์ รวมทั้งให้นักเรียนได้ แสดงความรู้สึกและสะท้อนคิด การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น

ระดับสถาบัน/องค์กร

1) มีมาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียนสอดคล้องกับนโยบายด้านการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 และนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับสถานศึกษา ของสำนักพัฒนาการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

2) มีโปรแกรมหรือกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใช้ร่วม ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การให้ทราบความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ประโยชน์

ของการไม่สูบบุหรี่ สร้างให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่และการเสริมพลังความมั่นใจ และมีการกระตุ้นเตือนคำปฏิญาณเพื่อการไม่สูบบุหรี่โดยครูประจำชั้น การมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อความชุกต่ำของการสูบบุหรี่ในเยาวชน ผลการวิจัยของเราแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของเยาวชนที่ยังไม่ได้เริ่มต้นใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อายุ 13-14 ปี และทำให้ช่วงอายุนี้จะเป็นที่เหมาะสมสำหรับการส่งมอบโปรแกรมการป้องกันหรือกลยุทธ์โปรแกรมดังกล่าว จะต้องมีการพัฒนาหรือปรับให้เหมาะสมวัฒนธรรมครอบครัวไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการวิจัยเกี่ยวกับพิธีกรรมในครอบครัวทั้งในเชิงบวกและอิทธิพลทางลบต่อเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นการแนะนำวิธีหนึ่งที่อาจปรับตัวได้รับคำแนะนำต่อไป

3) ปัจจัยด้านโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียน การสูบบุหรี่ของครู สภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่เด็กสามารถเดินเข้าออกโรงเรียนได้ตลอดเวลา และมีบริเวณที่กว้างมากทำให้มีหลายจุดที่ห่างไกลจากสายตาครู เช่น ห้องน้ำข้างโรงเรียน บ่อเลี้ยงปลาหลังโรงเรียนและบริเวณรั้วโรงเรียน หรือการเสริมปัจจัยเรื่องความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันการสูบบุหรี่ เยาวชนที่บอกว่า “religious beliefs guide their actions sometimes (ศาสนาเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมของเขาในบางเวลา)” มีโอกาสน้อยที่จะสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับเยาวชนที่บอกว่า “religious rarely guided their actions (ศาสนาไม่ได้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรมของเขา)” (OR = 0.41, 95% CI (0.22-0.77)

ระดับชุมชน

1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ค่านิยมของคนในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา จึงพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ได้ทั่วไปในชุมชน และการหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำในชุมชน และนักเรียนส่วนใหญ่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้าน

2) พฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อก่อนจำหน่าย – ผลิตภัณฑ์ยาสูบวางโชว์ ณ จุดจำหน่าย – จำหน่ายยาสูบโดยให้เยาวชนเข้าถึงได้ด้วยตนเอง – จำหน่ายยาสูบแบบแยกมวน – ไม่ติดป้าย “ร้านนี้ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี – มีบริการที่จุดบุหรี่สูบให้เยาวชนโดยไม่คิดมูลค่า และมีการจัดสถานที่ไว้ให้เยาวชนสำหรับนั่งสูบบุหรี่

ระดับนโยบายสาธารณะ

1) ระดับจังหวัด มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2) มีนโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมาก ในเยาวชนหรือวัยรุ่นที่ใช้ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน

3) นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำตามกฎหมายที่กำหนด

4) นโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ พบว่านักเรียนบางส่วน (41.1%) ระบุว่าว่าการเพิ่มราคาของบุหรี่จะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของพวกเขา

5) นโยบายการโฆษณา พบว่าอิทธิพลของการโฆษณา และราคาของผลิตยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกของเยาวชน ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ควรจะทำในแบบคู่ขนานกับการรณรงค์ต่อต้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเรื่องของการได้รับหรือสัมผัสกับสื่อโฆษณาเกี่ยวกับยาสูบ (วัดจากจำนวนสื่อโฆษณาเกี่ยวกับยาสูบ) ที่เยาวชนพบเห็น และการได้รับหรือสัมผัสเกี่ยวกับคำเตือนเรื่องอันตรายจากยาสูบ (วัดจากจำนวนของรูปแบบสื่อ ที่เยาวชนเคยเห็นข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากยาสูบ) ทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน

6) แม้จะมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ เยาวชนสามารถซื้อบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง ร้อยละ 74.1 และร้อยละ 3.3 ได้มาจากผู้ปกครอง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เพื่อที่จะอธิบาย วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัจจัยที่มีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ ผลการคัดเลือกเอกสารจาก 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ Google scholar, Scopus และ Science direct ที่ผ่านการประเมินคุณภาพบทความจำนวนทั้งสิ้น 18 เรื่อง นำมาสกัดข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยวิธีการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย พบว่าปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ มีรายละเอียดดังนี้

ระดับบุคคล

1) การวางเป้าหมายมุ่งอนาคต (มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ การวางแผน การคาดการณ์อนาคต การมองปัจจุบัน และการวางเป้าหมายอนาคต)

2) เจตคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและความรู้สึกเชิงลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น)

3) การรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การรับรู้ภาพลักษณ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

4) การรับรู้ถึงค่านิยมในการสูบบุหรี่ของบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียงเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ความพยายามจะสูบบุหรี่ และความอ่อนไหวที่จะสูบบุหรี่

5) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อการตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

6) การไม่ทดลองสูบบุหรี่

7) การจัดการกับความเครียด

8) การปฏิเสธการชักชวนให้สูบบุหรี่ และความเชื่อมั่นในตนเอง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่

ระดับระหว่างบุคคล

1) การต้านทานอิทธิพลกลุ่มเพื่อน มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การกำกับตัวให้เข้ากับกลุ่ม และการได้รับอิทธิพลกลุ่มเพื่อน

2) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

3) ครอบครัวและการเลี้ยงดูพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นจะมีอิทธิพลมาจากการปฏิบัติของพ่อแม่ การเลี้ยงดูของครอบครัว การมีผู้ปกครองที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยถูกเพื่อนสนิทชักชวนให้สูบบุหรี่ ช่วยให้เด็กไม่คิดที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น แม้จะมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่เยาวชนสามารถซื้อบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง ร้อยละ 74.1 และร้อยละ 3.3 ได้มาจากผู้ปกครอง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน

4) เพื่อน พบว่า ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งมากที่สุดต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ คือเพื่อน และเยาวชนมากกว่าร้อยละ 98 มีเพื่อนที่สูบบุหรี่

5) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยการให้เรียนรู้จากวัยรุ่นที่มีลักษณะดึงดูดความสนใจมีอายุและเพศใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและประสบความสำเร็จในการหาทางออกจากสถานการณ์เสี่ยง ต่อการสูบบุหรี่ผ่านวีดีทัศน์ รวมทั้งให้นักเรียนได้ แสดงความรู้สึกและสะท้อนคิด การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น

ระดับสถาบัน/องค์กร

1) มีมาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียนสอดคล้องกับนโยบายด้านการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 และนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับสถานศึกษา ของสำนักพัฒนาการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

2) มีโปรแกรมหรือกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใช้ร่วม ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การให้ทราบความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ สร้างให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่และการเสริมพลังความมั่นใจ

3) ปัจจัยด้านโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียน การสูบบุหรี่ของครู สภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่เด็กสามารถเดินเข้าออกโรงเรียนได้ตลอดเวลาและมีบริเวณที่กว้างมากทำให้มีหลายจุดที่ห่างไกลจากสายตาครู เช่น ห้องน้ำข้างโรงเรียน บ่อเลี้ยงปลาหลังโรงเรียน และบริเวณรั้วโรงเรียน หรือการเสริมปัจจัยเรื่องความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันการสูบบุหรี่

ระดับชุมชน

1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ค่านิยมของคนในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา จึงพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ได้ทั่วไปในชุมชน และการหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำในชุมชน และนักเรียนส่วนใหญ่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้าน

2) พฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อก่อนจำหน่าย– ผลิตภัณฑ์ยาสูบวางโชว์ ณ จุดจำหน่าย – จำหน่ายยาสูบโดยให้เยาวชนเข้าถึงได้ด้วยตนเอง – จำหน่ายยาสูบแบบแยกมวน – ไม่ติดป้าย “ร้านนี้ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” – มีบริการที่จุดบุหรี่สูบให้เยาวชนโดยไม่คิดมูลค่า และมีการจัดสถานที่ไว้ให้เยาวชนสำหรับนั่งสูบบุหรี่

ระดับนโยบายสาธารณะ

1) ระดับจังหวัด มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2) มีนโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมาก ในเยาวชนหรือวัยรุ่นที่ใช้ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน

3) นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำตามกฎหมายที่กำหนด

4) นโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่พบว่า นักเรียนบางส่วน (41.1%) ระบุว่าว่าการเพิ่มราคาของบุหรี่จะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของพวกเขา

5) นโยบายการโฆษณาพบว่า อิทธิพลของการโฆษณา และราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกของเยาวชน ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ควรจะทำในแบบคู่ขนานกับการรณรงค์ต่อต้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทยตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม

ในประเทศไทยมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทยจำนวนมากทั้งในระดับระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และนโยบาย ตามตารางที่ 3 ซึ่งพบว่า ยังขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานในแต่ละระดับ หรือการส่งต่องานระหว่างระดับที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานป้องกันยาสูบในเยาวชนไทยในระดับชุมชนยังไม่ได้มุ่งเป้าไปที่ปัจจัยป้องกันการใช้ยาสูบที่ตรงประเด็นกับปัจจัยป้องกันที่แท้จริง

ตารางที่ 3 การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
1.ระดับบุคคล	**<u>สิ่งที่ดำเนินการอยู่</u>** ● การเรียนการสอนถึงพิษภัยของยาสูบ เป็นเนื้อหาการเรียนรู้ประกอบด้วยเรื่องสารพิษในควันบุหรี่ สาเหตุของการสูบบุหรี่ ผลต่อบุคลิกภาพและสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสอง บ้านปลอดควันบุหรี่ รู้เท่าทันบริษัทบุหรี่ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำไปบูรณาการจัดการเรียนรู้ให้แก่นักเรียนได้หลายช่องทาง ได้แก่ การจัดการเรียนรู้ในกลุ่มสาระพละศึกษาและสุขศึกษา/กิจกรรมชุมนุม/กิจกรรมแนะแนว/การจัดค่ายพัฒนาผู้เรียน/การจัดกิจกรรมปฐมนิเทศ/การจัดกิจกรรมโครงงาน เป็นต้น ● การสอนทักษะชีวิตในการแก้ปัญหา และการจัดการความเครียดของวัยรุ่นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอดส์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พฤติกรรมติดเกมส์และการพนัน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นโปรแกรมมาตรฐาน โดยดำเนินการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินการบูรณาการระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค **<u>สิ่งที่ควรดำเนินการ</u>** ● สร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของโทษพิษภัยของ	-สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ -เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -กรมสุขภาพจิต -กรมอนามัย -กรมควบคุมโรค

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
	บุหรี่และกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบ ● ให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ● แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหากปฏิบัติ ตนทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ● แสดงให้เห็นโทษหรือความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ● แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● พยายามลดอุปสรรคของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● เสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ ● สร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง	
2. ระดับระหว่างบุคคล	**<u>สิ่งที่ดำเนินการอยู่</u>** ● รณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ ● พัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงให้มีความรู้ในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือนักเรียนเลิกบุหรี่ **<u>สิ่งที่ควรดำเนินการ</u>** ● ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ● จัดอบรมการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้นำครอบครัว ● จัดโครงการ “เพื่อนถึงเพื่อน” “เพื่อนช่วยเพื่อน” ● จัดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) ● สนับสนุนให้เด็กเยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ(youth advocacy groups)	-มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ -สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
3. ระดับองค์กร สถาบัน	**<u>สิ่งที่ดำเนินการอยู่</u>** ● ดำเนินการให้สถานที่สาธารณะ และสถานที่ทำงาน เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เช่น โรงเรียนปลอดบุหรี่ วัดปลอดบุหรี่ สถานบริการสาธารณสุขปลอดบุหรี่ เป็นต้น ● โครงการทวงสิทธิ์ห้ามสูบ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และกรมควบคุมโรค ● บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ระหว่างกรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยมีข้อตกลงร่วมกัน ดังนี้ 1.สนับสนุนให้เกิดนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ และจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนและดำเนินการควบคุมยาสูบในโรงเรียน 2.สนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด และห้ามขายบุหรี่ในโรงเรียน รวมถึงการเฝ้าระวังมิให้มีการสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน เพื่อป้องกันริเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน 3.สนับสนุนให้เกิดค่านิยมไม่สูบบุหรี่ให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน และรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในโรงเรียน 4.สนับสนุนให้มีการบูรณาการความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ รวมถึงกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ในรายวิชา และกิจกรรมต่างๆทั้งในและนอกหลักสูตร 5.สนับสนุนและช่วยเหลือนักเรียนรวมทั้งบุคลากรในโรงเรียนที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้เข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้	-สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ -เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
	6.งดเข้าร่วมกิจกรรมหรือการสนับสนุนใดๆจากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบ ซึ่งรวมถึงรูปแบบดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย ความรับผิดชอบต่อสังคม(Corporate Social Responsibility : CSR) ● โครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ เป็นโครงการที่ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ **<u>สิ่งที่ควรดำเนินการ</u>** ● จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ● จัดฝึกอบรมพฤติกรรมสุขภาพแก่สมาชิกในองค์กร ● รณรงค์ผ่านสื่อในองค์กร ● จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในองค์กร ● จัดสภาพแวดล้อมภายในองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● นโยบายและกฎระเบียบขององค์กร	
4. ระดับชุมชน	**<u>สิ่งที่ดำเนินการอยู่</u>** ● โครงการทวงสิทธิ์ห้ามสูบ เป็นกิจกรรมรณรงค์ เพื่อปกป้องจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ● โครงการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นโครงการนำร่องที่ลงไปดำเนินการในระดับอบต. ● นำร่องพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบเชิงรุก ประกอบด้วยการพัฒนาหลักสูตร/พัฒนาแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังควบคุมยาสูบรอบชุมชนแบบเชิงรุก แลกเปลี่ยนถอดบทเรียน ● เครือข่ายครูและแกนนำเยาวชนนำแนวทางและหลักสูตรการเฝ้าระวังเพื่อการควบคุมยาสูบไปปรับใช้ตามบริบทของตนเอง	-สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ -มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ -สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
	รวมถึงขยายพื้นที่ต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบ ● อสม.สนับสนุนการเลิกบุหรี่ ● กิจกรรมปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ ในงานเทศกาล/วันสำคัญต่างๆ เช่น งานศพปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ **<u>สิ่งที่ควรดำเนินการ</u>** ● รณรงค์ผ่านสื่อในชุมชน ● จัดอบรมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้นำชุมชน ● จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในชุมชน ● ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ● จัดสภาพแวดล้อมภายในชุมชนให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ● นโยบายและกฎระเบียบของชุมชน	-กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ -องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. ระดับนโยบาย	**<u>สิ่งที่ดำเนินการอยู่</u>** ● ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ทั้ง 8 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการภาษี	-สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค -หน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิด นิเวศวิทยาเชิงสังคม	การดำเนินงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
	ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ • ดำเนินการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบทั้ง 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 **<u>สิ่งที่ควรดำเนินการ</u>** • มาตรการทางกฎหมาย • มาตรการทางภาษีและนโยบายราคา • มาตรการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนและสื่อต่างๆ • มาตรการทางการโฆษณาและการจัดทำฉลากภาพคำเตือนบุหรี่ • การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม • การกำกับดูแลความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ • การพัฒนาและปรับปรุงกลไกการดำเนินงานการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของสังคมทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ	

3. อภิปรายผลการศึกษา

ระดับบุคคล

1) การวางเป้าหมายมุ่งอนาคต (มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ การวางแผน การคาดการณ์อนาคต การมองปัจจุบัน และการวางเป้าหมายอนาคต) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นชาวแอฟฟริกัน-อเมริกัน ของ Brody และคณะ(Brody GH,et.al.,2004) ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างทักษะต่าง ๆ ได้แก่ เจตคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ในวัยเรียน การวางเป้าหมายในชีวิต ทักษะในการปฏิเสธ การได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ ภาพลักษณ์ทางลบของผู้สูบบุหรี่ ทำให้ระดับของปัจจัยป้องกันเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยป้องกันของ Jessor (Jessor R,Jessor SL,1977) ที่พบว่า ตัวบ่งชี้

สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ด้านปัญหาในโครงสร้างทางความเชื่อส่วนบุคคลที่ระบุว่า ความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมทางปัญญาที่จะแสดงออกมาเพื่อต่อต้านพฤติกรรมอื่นที่เป็นปัญหา ได้แก่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่

2) เจตคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและความรู้สึกเชิงลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของJessor(Jessor R, Jessor SL,1977) เช่นกัน ที่พบว่า ความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมทางปัญญาที่จะแสดงออกมาเพื่อต่อต้านพฤติกรรมอื่นที่เป็นปัญหา ได้แก่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เป็นไปตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned : TRA) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางเจตคติที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง บุคคลที่มีเจตนา (intention) จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (specific behavior) มาจาก 2 ปัจจัยคือ 1) เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (attitude toward behavior) เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรมและการประเมินคุณค่าของผลกรรมนั้นตามทฤษฎีนี้ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (positive outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้าม ถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกรรมทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (negative outcome) เขาก็จะมีเจตคติไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น และ 2) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (subjective norms) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนดโดยความเชื่อว่า บุคคลหรือกลุ่มที่สำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำ/ไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่า มีมากน้อยแค่ไหน ถ้าบุคคลเชื่อว่า คนอื่นหรือกลุ่มคนที่สำคัญต่อเขาเชื่อว่า เขาควรทำพฤติกรรมนั้น และยิ่งถ้ามีแรงกดดันจากสังคมเพิ่มมากขึ้น เขาก็จะยิ่งมีแรงจูงใจที่จะทำตามเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้าม ถ้าเขาเชื่อว่า คนที่สำคัญของเขาไม่เห็นด้วยหรือคัดค้านไม่ให้ทำพฤติกรรม และเขารับรู้ว่า มีแรงกดดันทางสังคมต่อต้านเพิ่มขึ้น เขาก็จะไม่คล้อยตามและไม่ทำพฤติกรรมนั้น ดังเช่น การศึกษาของ Randy M. Page และคณะ(Page RM et.al.,2012) ที่พบว่า ความไม่พอใจของเพื่อนและพ่อแม่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนคือ จะทำให้เยาวชนมีความเสี่ยงต่ำที่จะสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Joseph A. Ladapo และคณะ(Ladapo JA et.al.,2014)ที่พบว่า เด็กจะมีแนวโน้มสูบบุหรี่น้อยถ้าผู้ปกครองไม่อนุญาตให้สูบ และการไม่อนุญาต (disapproval) เป็นการป้องกันความตั้งใจสูบบุหรี่ทั้งในหมู่เด็กที่เคยและไม่เคยสูบบุหรี่

3) การรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การรับรู้ภาพลักษณ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการรับรู้ภาพลักษณ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตลอดจนการรับรู้ถึงค่านิยมในการสูบบุหรี่ของบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Randy M. Page และคณะ(Page RM et.al.,2012) ซึ่งพบว่า การรับรู้ถึงค่านิยมในการสูบบุหรี่ของบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียงนั้นมีความเสี่ยงสูงที่วัยรุ่นจะสูบบุหรี่ในปัจจุบันได้ รวมไปถึงทำให้วัยรุ่นพยายามหรือลองสูบบุหรี่ และเกิดความอ่อนไหวที่จะสูบบุหรี่อีกด้วย และ Randy M. Page และคณะ(Page RM et.al.,2005) ยังศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ว่า “การเป็นนักเรียน

จะไม่สูบบุหรี่” นั้น พวกเขาจะมีความเสี่ยงต่ำที่จะเริ่มสูบบุหรี่ ในขณะที่นักเรียนที่รับรู้ว่า “การเป็นนักเรียนสูบบุหรี่ได้” พวกเขาเหล่านั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเริ่มสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่นักเรียนที่วิจัยจะรับรู้ว่าเพื่อนนักเรียนด้วยกันส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ผลการศึกษาบ่งบอกว่า โปรแกรมด้านสาธารณสุขจะได้ประโยชน์จากมาตรการสร้างเสริมสุขที่มุ่งเน้นไปที่การกำจัดความเข้าใจผิดๆ ที่ว่า “วัยรุ่นส่วนใหญ่สูบบุหรี่ได้” ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้คือ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) เป็นการสร้างเพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมใหม่ได้ และถ้าทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (การสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองนี้ เป็นแนวคิดของทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ bandura) นอกจากนี้ยังมีโมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (consumer information processing model : CIP) ที่ศึกษาการตัดสินใจ และประมวลข่าวสารของบุคคล ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ทำไมคนจึงไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ ยอมรับข่าวสารได้ทั้งหมด CIP อธิบายว่า บุคคลมีความสามารถในการประมวลข่าวสารอย่างจำกัด (Information processing capacity) ในด้านปริมาณและความจำ จะต้องเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงใช้ หรือไม่ใช้ข้อมูลที่ได้รับ รวมทั้งเข้าใจว่า การรับข้อมูล รวมทั้งการประเมินข้อมูลว่า จำเป็นกับตัวเขามากแค่ไหน ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความใส่ใจสภาพการณ์การรับรู้ในขณะนั้น ดังนั้น ในการออกแบบข่าวสารจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุด มีประโยชน์มากที่สุด นำเสนอไว้ในส่วนแรก และหรือส่วนท้ายของเนื้อหาเพื่อเอื้อให้จำได้ดีที่สุด หาวิธีการใช้สื่อเพื่อเรียกร้องความใส่ใจข่าวสารบางส่วนอาจถูกแปลงเป็นคำวลี สั้นๆ ง่ายๆ หรือรูปภาพสัญญลักษณ์ CIP ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลักคือ 1) บุคคลมีข้อจำกัดในการรับข้อมูลในแต่ละครั้ง และ 2) การจะเพิ่มความสามารถในการรับข้อมูลจะต้องใช้กลยุทธ์การเพิ่มความจำ

4) การจัดการกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของจีรวรรณ พรหโมบล(Prommobol J, 2003) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกตความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาทักษะชีวิตในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑในคายอดิศร จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ อยางมีนัยสำคัญทางสถิติ และศิริไชย หงส์สงวนศรี (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี,2558) ให้ความรู้ไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวต่อความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการเหล่านี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ประเทศ จนถึงระดับโลก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง ค่านิยม และวัฒนธรรม ล้วนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นอย่างมาก รวมไปถึงความคาดหวังของผู้ใหญ่ต่อวัยรุ่น เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าในอดีต วัยรุ่นแต่ละคนมีวิธีจัดการกับความเครียดแตกต่างกันไป ความสามารถในการจัดการกับความเครียดสัมพันธ์กับทั้งปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพร่างกายอย่างชัดเจน ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือการเลือกใช้วิธีจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม ที่วัยรุ่นมีประสบการณ์และเรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็ก ปัจจัยส่วน

บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับพัฒนาการ ลักษณะพื้นอารมณ์ ระดับเชาว์ปัญญา self-esteem ทักษะชีวิตในด้านต่างๆ เป็นต้น ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้จากแบบอย่างของพ่อแม่ ครอบครัว โรงเรียน สังคม ที่รวมถึงค่านิยม วัฒนธรรมด้วย การศึกษาของ ยุพดี ชิดเดือนและธีรศักดิ์ อุ่นอารมณ์เลิศ(ยุพดี ชิดเดือน,ธีระศักดิ์ อุ่นอารมณ์เลิศ,2556)ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเครียดของเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครปฐม พบว่า โปรแกรมลดความเครียด ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวตามตาราง 9 ช่อง และการออกกำลังกายแบบโยคะ สามารถลดความเครียดได้ นอกจากนี้ ศิริไชย หงส์สงวนศรี(ศิริไชย หงษ์สงวนศรี,2552) ได้แสดงตัวอย่างวิธีการจัดการความเครียดไว้ในหนังสือ ความเครียดและการจัดการความเครียด เช่น การลงมือแก้ปัญหา (problem solving) การหาข้อมูลเพิ่มเติม (information seeking) การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (seeking social support) การขอคำปรึกษาคำแนะนำจากผู้อื่น (seeking guidance) การปรับมุมมองต่อปัญหา (cognitive reframing or restructuring) การระบายความเครียดกับผู้อื่น (ventilation or emotional release) การคิดเชิงบวก (wishful or positive thinking) การใช้หลักคำสอนทางศาสนา (use of religion) การหาทางผ่อนคลาย (relaxation) การยอมรับความจริง (acceptance) เป็นต้น

ระดับระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาพบว่ามีบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้ยาสูบในวัยรุ่นอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ เพื่อน ครู/อาจารย์ และพ่อแม่ เหตุผลที่ทั้ง 3 กลุ่มนี้มีอิทธิพลต่อการไม่ใช้ยาสูบ อาจเนื่องจากเหตุผล ดังนี้

1) ด้านพ่อแม่ จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นประเทศเกาหลี(So ES,Yeo JY,2015)จะเห็นว่า การที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ความเข้มงวด การทำงานร่วมกันในครอบครัว การห้ามการสูบบุหรี่ในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ และใช้กัญชาในวัยรุ่นสวีเดนตอนใต้(Lindstrom M,Rosvall M,2015) พบว่า ปัจจัยที่จะป้องกันการสูบบุหรี่คือ การที่พ่อแม่/ผู้ปกครองทราบพฤติกรรม ทัศนคติ มีการสนับสนุนต่างๆ มีส่วนร่วมและความใส่ใจ มีความสำคัญต่อการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ในบางการศึกษาได้ให้ข้อมูลว่าพิธีกรรม วัฒนธรรมครอบครัวเชิงบวก การเลี้ยงดูของมารดา(Miller BA et.al.,2011) และความขัดแย้งในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ (Rajesh V et.al.,2015) การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนมารดาในการดำเนินการมาตรการช่วยเลิกบุหรี่(Collins BN et.al.,2015) การอาศัยกับครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่ มีความพยายามในการส่งเสริมสนับสนุนผู้ใหญ่ให้เลิกบุหรี่ การมีส่วนร่วมในการเล่นกีฬาเป็นประจำ(Hedman L et.al.,2007) โดยผลจากการใช้โปรแกรมเชิงป้องกันที่มีเจตนาเชิงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ควรเน้นดำเนินการให้มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เล่นกีฬา ช่วยบิดามารดาทำงานบ้าน สนับสนุนให้ทำงานอดิเรกที่สนใจ(สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล,2556) และการวิจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับสูบบุหรี่ พบว่าการที่บุตรอยู่กับบิดามารดา ทำให้มีแรงสนับสนุน มีที่ปรึกษา มีที่ระบาย โอกาสเสี่ยงที่จะพึ่งพาบุหรี่น้อยลง(สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล,2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวัน(Tsai

M-C et.al.,2015) ที่พบว่าการรับรู้ความสัมพันธ์ของพ่อแม่ และลูก บรรยากาศในครอบครัว ผู้ปกครองให้ความเป็นส่วนตัวและเป็นอิสระ สร้างการมีประสบการณ์ร่วมกัน

2) ด้านครู/อาจารย์ ผลจากการพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่จะประสบความสำเร็จคือการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้จากครู เจ้าหน้าที่ของรัฐ(Wanchanok Jantachum,2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ให้ครู เน้นย้ำโทษพิษภัย สร้างกิจกรรมให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ การเห็นแบบอย่างคนที่เป็นโรคจากการสูบบุหรี่(Chokchai Sakornpanich,2012) และการให้ครู อาจารย์ สอดแทรกเรื่องบุหรี่ในทุกด้าน พร้อมทั้งกระตุ้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นทุกครั้งที่มีโอกาส

3) ด้านกลุ่มเพื่อน สำหรับกลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลสูง โดยเฉพาะอิทธิพลของเครือข่ายเพื่อนและการเลือกเพื่อน การปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่(Hall JA, Valente TW,2007)มีส่วนเป็นอย่างมากในการใช้ยาสูบในวัยรุ่น จึงถือว่าเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญ ดังนั้น ควรมุ่งเน้นส่งเสริมบทบาทของกลุ่มเพื่อน เช่น การสร้างเยาวชนต้นแบบไม่สูบบุหรี่ การจัดกลุ่มทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์จากการสัมผัสเพื่อนที่มีส่วนร่วมในกีฬาและการสูบบุหรี่ พบว่าการมีส่วนร่วมในกีฬาช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นได้(Mays D et.al.,2012)

4) ด้านอื่น ๆ วิธีการที่จะช่วยให้การป้องกันในระดับระหว่างบุคคลเกิดผล เช่น จากการศึกษาการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน เห็นว่าควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความสำคัญกับเพื่อนและครอบครัวที่เป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่(Deesawat C et.al.,2012)

ระดับสถาบัน/องค์กร

สถาบันที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลมากที่สุดในการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น คือ โรงเรียน หรือสถาบันการศึกษา ทำให้โครงการหรือกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อมุ่งหวังในการป้องกันการใช้ยาสูบในวัยรุ่นจึงเป็นโรงเรียน ได้แก่

1) มีมาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียน สอดคล้องกับนโยบายด้านการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา และสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา เฉพาะส่วนที่เป็นอาคารหรือสิ่งปลูกสร้าง ต้องกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% และนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับสถานศึกษาของสำนักพัฒนาการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2555) ที่มีการกำหนดกิจกรรมหลักในยุทธวิธีการให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้

ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ ในส่วนของการฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครู และการดำเนินการโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย มาตรการ 9 ด้าน สู่โรงเรียนปลอดบุหรี่ ดังนี้ 1) ตั้งคณะทำงานด้านการรณรงค์ป้องกัน แก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียน 2) ประกาศนโยบาย “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” โดยผู้บริหารสถานศึกษา 3) ติดป้าย “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” ในจุดที่เห็นเด่นชัด 4) ติดสติ๊กเกอร์รณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในจุดต่างๆ ของโรงเรียน รวมถึงพาหนะของโรงเรียน 5) ประชาสัมพันธ์นโยบาย “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” ให้รับทราบอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง 6) บูรณาการความรู้เรื่องบุหรี่และสุขภาพ ในรายวิชาต่างๆ และกิจกรรมนอกหลักสูตร 7) ส่งเสริมนักเรียนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ 8) ดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ และ 9) ขยายผลการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่สู่ผู้ปกครอง ของนักเรียนและชุมชนรอบโรงเรียน ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายครูเพื่อโรงรียนปลอดบุหรี่จากโรงเรียนต่าง ๆ กว่า 3,200 คน จากทั่วประเทศ และมีแผนขยายผลการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อยอดสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาวะที่ดำเนินงานโดยสำนัก 4 และสำนัก 6 ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงโรงเรียนในเครือข่ายของสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.)

2) มีโปรแกรมหรือกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมด้วย ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ สร้างให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่และการเสริมพลังความมั่นใจ โปรแกรมหรือกลวิธีดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับการดำเนินงานของเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ ร่วมกับมูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่ได้สร้างและพัฒนาคู่มือ “ครูจัดกิจกรรมโรงเรียนปลอดบุหรี่” และผลิตเป็นหนังสือ ซึ่งภายในหนังสือจะรวบรวมความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไว้อย่างรอบด้าน เช่น ความเป็นมาของบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่ สาเหตุของการสูบบุหรี่ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกลยุทธ์บริษัทบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีใบงานที่คุณครูสามารถนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมในการจัดการเรียนการสอน หรือกิจกรรมนอกหลักสูตรได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังมีการผลิตสื่อต่าง ๆ อาทิเช่น แบบฝึกเสริมสร้างพลังจิตใต้สำนึกหนูน้อยใจเข้มแข็ง หนังสือนิทานปากไม่ว่าง การ์ตูน “วายร้ายบุหรี่” 11 เรื่อง และเพลงสำหรับเด็กปฐมวัย "ชุดอากาศดีดี" เป็นต้น ตลอดจนเอกสารถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายครูฯ พ.ศ.2548–2555 ที่มีการเผยแพร่ไว้บนเว็ปไซต์ http://www.smokefreeschool.net เพื่อเป็นช่องทางให้เครือข่ายและผู้สนใจได้เข้ามาศึกษาเรียนรู้และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน การดำเนินการของเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่นี้ อาจจะเป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาและใช้โปรแกรมเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน ที่มีองค์ประกอบครบถ้วนตามข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากหากมีการนำไปปฏิบัติในทุกๆ โรงเรียน ทุกๆ จังหวัดอย่างทั่วถึง

3) ปัจจัยด้านโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียน การสูบบุหรี่ของครู สภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่เด็กสามารถเดินเข้าออกโรงเรียนได้ตลอดเวลาและมีบริเวณที่กว้างมากทำให้ มีหลายจุดที่ห่างไกลจากสายตาครู

เช่น ห้องน้ำข้างโรงเรียน บ่อเลี้ยงปลาหลังโรงเรียน และบริเวณรั้วโรงเรียน หรือการเสริมปัจจัยเรื่องความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า 1 ในมาตรการ 9 ด้าน สู่โรงเรียนปลอดบุหรี่ นั่นคือ การประกาศนโยบาย “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” โดยผู้บริหารสถานศึกษา เช่น โรงเรียนศรีสุวิช จ.ชลบุรี โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย 2 จ.สงขลา และโรงเรียนโนนหันวิทยายน จ.ขอนแก่น เป็นต้น ซึ่งเป็นความพยายามในการทำงานของผู้บริหารและบุคลากร ในเรื่องของการจัดสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนให้ปลอดบุหรี่ ในประกาศนโยบายนั้นจะมีการระบุข้อปฏิบัติหนึ่งที่ว่า “ครูหรือบุคลากรการศึกษาที่สูบบุหรี่ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียนว่า โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และเลิกสูบบุหรี่” และมีการสร้างแรงจูงใจแก่ครูและบุคลากรการศึกษารวมถึงนักเรียน โดยการ “ให้รางวัล ยกย่องแก่ครู บุคลากรการศึกษาและนักเรียนที่สามารถ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้” นอกจากนี้ยังมีการติดป้าย “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” ในจุดที่เห็นเด่นชัดในบริเวณโรงเรียนด้วย

ระดับชุมชน

ชุมชนเป็นอีกแหล่งที่สามารถสร้างปัจจัยในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนได้ แต่พบว่าในประเทศไทยมีโครงการที่ดำเนินการในระดับชุมชนอยู่หลายกิจกรรม แต่กิจกรรมต่างๆนั้นไม่สอดคล้องโดยตรงกับปัจจัยป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ได้แก่

1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ค่านิยมของคนในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาจึงพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ได้ทั่วไปในชุมชน สอดคล้องกับการวิจัยของ Elizabeth G. Klein และคณะ (Klein EG,Forster JL and Erickson DJ,2013) ซึ่งพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นยังคงสูบบุหรี่อยู่นั้นคือ การยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ ในทางปฏิบัติของประเทศไทย ประเด็นดังกล่าวถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ.2555-2557(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2555) กำหนดยุทธวิธีไว้ว่า การปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานที่ ทำงานเพื่อเป็นบรรทัดฐานของสังคม โดยกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่นเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัด ฐานของสังคมไทย โดยให้ความรู้ผ่านระบบการเรียนการสอนในระบบการจัดการศึกษา ให้ความรู้ใน กระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาสังคมและชุมชนต่างๆ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกประเภททั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น ผ่านระบบที่มีอยู่ของหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่าย วิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ สังคมไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการให้เป็นรูปธรรม

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวกับการหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำในชุมชน และนักเรียนส่วนใหญ่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้าน ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฯ(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2555) ได้ระบุยุทธวิธี การป้องกันเด็กและเยาวชนจากความเย้ายวน (appeal) และ

การป้องกันและขจัดการเข้าถึง (access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน ไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ และจากการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ยังพบว่า เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (ร้อยละ 83.6) ไม่เคยถูกผู้ขายขอดูบัตรประชาชนก่อนซื้อบุหรี่ แสดงว่าส่วนใหญ่ยังคงมีการขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

2) พฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน จากการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ยังพบว่าเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า18 ปี (ร้อยละ 83.6) ไม่เคยถูกผู้ขายขอดูบัตรประชาชนก่อนซื้อบุหรี่ แสดงว่าส่วนใหญ่ยังคงมีการขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และพบว่ามีการศึกษาเรื่อง แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภิณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนทบของจังหวัดพิจิตรด้วยชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้ ของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและคณะ(2558) เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกจำนวน 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 15 คน ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 1 คน ดำเนินการศึกษาด้วยวิธีเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นก่อร่างสร้างชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้ ขั้นเสริมพลังอำนาจ และขั้นประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นนั้น ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) องค์ประกอบของชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้มี 5 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน คุณลักษณะของสมาชิก ความสัมพันธ์ของสมาชิก องค์ความรู้ฐาน และค่านิยมร่วม 2) กระบวนการขับเคลื่อนชุมชนปฏิบัติการฯ ด้วยการเสริมพลังมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่จำเป็น การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียนเพื่อสร้างแนวปฏิบัติของชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้ และ 3) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ของแนวทางดังกล่าว เกิดขึ้น 2 ประการ ประการแรกคือ ผลลัพธ์ด้านคุณค่า ได้แก่ คุณค่าที่เกิดจากการมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น คุณค่าที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก และคุณค่าที่เกิดจากการปรับรื้อค่านิยม และเกิดจิตสำนึกสาธารณะ และเกิดผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือผู้ประกอบการที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนลดลงกว่าก่อนการวิจัย

ระดับนโยบายสาธารณะ

1) การดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด ผลการศึกษา พบว่า มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ยังไม่พบการมีนโยบายป้องกันควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดในการศึกษาที่ได้จากการทบทวนในครั้งนี้ เนื่องจากอาจจะเป็นไปได้ว่างานวิจัย/บทความที่เกี่ยวกับนโยบายควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบในประเด็นดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และได้มีการผลักดันให้เกือบ

ทุกจังหวัดมีการดำเนินการควบคุมยาสูบ ซึ่งปัจจุบันมีการขับเคลื่อนดำเนินงานจังหวัดปลอดบุหรี่ไปแล้วไม่น้อยกว่า 32 จังหวัด และต้องมีการผลักดันกระบวนการขับเคลื่อนและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในแต่ละระดับให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากกว่านี้ พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับด้วย

2) มีนโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมาก ในเยาวชนหรือวัยรุ่นที่ใช้ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน โดยกล่าวได้ว่า ทั้งยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ประกอบกับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมอยากรู้ อยากลองเสพ อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ใช้กลยุทธ์การตลาดต่างๆ หลอกล่อ โน้มน้าวให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเป็นลูกค้าประจำให้ได้ ดังนั้นจากบริบทดังกล่าวการดำเนินงานป้องกันควบคุมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่เช่น ระดับสำนักป้องกันควบคุมโรค ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการทั้งการดำเนินงาน และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆกัน เช่น การเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมายยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ซึ่งมีหลายจังหวัดได้มีการบูรณาการคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบระดับจังหวัด เข้าด้วยกัน ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ นอกจากนี้ในระดับนโยบายทั้งสองสำนัก ได้แก่สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบและสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีแนวคิดการบูรณาการการดำเนินการร่วมกัน เช่น หลักสูตรพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ หลักสูตรในโรงเรียน /สถานศึกษาปลอดบุหรี่และปลอดสุรา วัดปลอดบุหรี่ปลอดสุรา รวมถึงศูนย์รับเรื่องร้องเรียนบุหรี่และสุรา เป็นต้น

3) นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำตามกฎหมายที่กำหนด โดยกล่าวได้ว่า โรงเรียนเป็นสถานที่ที่วัยรุ่นและเยาวชน ได้ศึกษาหาความรู้ ได้เรียนรู้ และสร้างสมประสบการณ์ในช่วงชีวิต รวมถึงค่านิยม แนวทางการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นต้น อีกทั้งเพื่อเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากควันพิษของบุหรี่ที่ส่งผลให้นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน และผู้เกี่ยวข้องมีสุขภาพที่ดี ภาครัฐจึงได้ออกกฎหมายบังคับใช้ให้สถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาลงมาต้องจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ทำให้ทุกโรงเรียนต้องปฏิบัติตามข้อกฎหมาย และเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่กำหนด ซึ่งได้มีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค และกระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน รวมถึงมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อให้โรงเรียนในสังกัดทุกแห่งเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ตาม MOU (ภาคผนวก จ.) และแนวทางการดำเนินการฯ ที่ได้กำหนดร่วมกันไว้

4) นโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ พบว่า นักเรียนบางส่วนร้อยละ 41.1 ระบุว่า การเพิ่มราคาของบุหรี่จะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของพวกเขา ซึ่งอาจจะเกิดจากสถานะของนักเรียนยังไม่มีรายได้ และยังคงต้องพึ่งพา

เรื่องค่าใช้จ่ายจากบิดามารดา หรือผู้ปกครอง ดังนั้นการที่ราคาบุหรี่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลโดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่ซื้อมาเสพได้จำนวนน้อยกว่าเดิม ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ด้านภาษีในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง อีกทั้งนโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ เป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากที่สุด และเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การอนามัยโลก (MPOWER) ที่ลดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

5) นโยบายการโฆษณา พบว่า อิทธิพลของการโฆษณา และราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกของเยาวชน ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ควรจะทำในแบบคู่ขนานกับการรณรงค์ต่อต้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกล่าวได้ว่า การโฆษณามีอิทธิพล และกระตุ้นให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอยากลองมากขึ้น ตามหลักการของการโฆษณาเพื่อสื่อสารเรื่องนั้นๆ ไปยังผู้รับสาร ให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนั้นการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงไม่เพียงกำหนดเป็นนโยบายเท่านั้น แต่ได้ออกเป็นกฎหมายห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556) และเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การอนามัยโลก (MPOWER) (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555) เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้มีการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินงานนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยได้มาทำการประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER ระหว่างวันที่ 2-13 พฤศจิกายน 2551 โดยมีข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการดำเนินการและสร้างความก้าวหน้าด้านการควบคุมยาสูบที่ยั่งยืนของประเทศไทย(ลักขณา เติมศิริกุลชัย, 2553) คือ

- การเพิ่มราคายาสูบผ่านการเก็บภาษียาสูบ โดยคำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเพิ่มภาษีบุหรี่มวนเอง

- การจัดให้พื้นที่ภายในอาคารของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน รวมไปถึงพื้นที่ที่ไม่มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ เพื่อเป็นการปกป้องคนทำงานและ สาธารณชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

- การสนับสนุนการบริการเลิกยาสูบให้แก่ผู้บริโภคยาสูบทุกคน โดยเพิ่มกิจกรรมการเลิกบุหรี่ เข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

นอกจากนี้ได้เสนอแนะการควบคุมยาสูบที่ยั่งยืนในรูปแบบของประเทศไทย ขึ้นอยู่กับปัจจัย ได้แก่

- ภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่องของภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการมีผู้นำรุ่นใหม่และการมีองค์กรใหม่ๆในการควบคุมยาสูบเพิ่มขึ้น

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานภาครัฐในการควบคุมยาสูบยาสูบมากขึ้น

- การสนับสนุนเงินทุนเพื่อการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง

- ให้ความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีกลไกในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และรวมถึงมีระบบการติดตามประเมินผล

- สร้างความตระหนักของประชาชนในเรื่องการควบคุมยาสูบ โดยใช้การรณรงค์ผ่านสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้มาเยี่ยมติดตามผลจากการประเมินครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 24-26 พฤศจิกายน พ.ศ.2553 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ขอรายงานให้ทราบว่า ทุกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะนั้น มีความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย เช่น การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2556) และได้มีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติที่ครอบคลุมในทุกมิติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์นี้ได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2555 เพื่อให้ทุกภาคส่วนนำไปดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณรองรับแผนยุทธศาสตร์ไว้ในแผนปฏิบัติราชการประจำปีของแต่ละหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

ล่าสุดองค์การอนามัยโลกได้มาติดตามการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยอีกเป็นครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 และได้ร่วมกันวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

2. การเสริมสร้างบทบาทที่เข้มแข็งของภาครัฐในการควบคุมยาสูบ

3. การสนับสนุนให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ

4. การเพิ่มภาษี/เพิ่มราคาบุหรี่ ผ่านระบบการจัดเก็บภาษี

5. นโยบาย/สร้างระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่

ข้อสรุปของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยในระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการออกกฎหมายและการขึ้นภาษีบุหรี่ มีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย และปัจจัยระหว่างบุคคลได้แก่ การมีตัวแบบ

ที่ดีจากพ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู และบุคคลที่มีชื่อเสียง มีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ซึ่งในประเทศไทย พบว่า มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในระดับต่าง ๆ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจนในแต่ละระดับ และพบว่า ปัจจัยป้องกันในระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังมีการดำเนินงานไม่ตรงกับปัจจัยป้องกันที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น การป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนจะสำเร็จได้ ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกระดับตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม และให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างระดับในทุกมิติด้วย

4. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัย การสังเคราะห์อภิมาณงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- **เชิงวิชาการ**

1. ควรมีการประเมินโครงการ โปรแกรม และมาตรการ ที่มีการศึกษาวิจัยในประเทศ และที่เกิดจากการพัฒนาด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย เช่น การฝึกอบรมทักษะชีวิต เป็นต้น ว่าโครงการ โปรแกรม หรือมาตรการต่างๆ เหล่านี้ มีการนำไปใช้หรือไม่ และผลการนำไปใช้เป็นอย่างไร

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่เหมาะกับเยาวชน โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มเพื่อน เพื่อนที่สูบบุหรี่ และเน้นกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) การเสริมพลังหรือ empowerment และการสร้างแรงจูงใจไม่สูบบุหรี่ โดยทุกกิจกรรมต้องมี พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู/อาจารย์ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมด้วย

3. จัดอบรมเชิงวิชาการ และการเรียนรู้ในชุมชนให้กับชาวบ้านและผู้จำหน่ายร้านค้าปลีกในชุมชน เพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ให้แก่เด็กและเยาวชนในชุมชน

4. ในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้น ต้องมีการดำเนินการในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กร ชุมชน ครอบครัว และบุคคล เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน เป็นสารเสพติด ยากต่อการเลิก และมีความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ไม่สามารถที่จะใช้วิธีการเพียงวิธีการเดียวในการแก้ปัญหาได้ ซึ่งจากการทบทวนพบว่าการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social ecological model) ที่เกี่ยวกับเยาวชนไทยพบน้อยมาก ดังนั้นควรทำการศึกษาวิจัยโดยที่ใช้กรอบแนวคิดนี้ แบบสามเส้า(triangulative research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับสังคมไทย

- **เชิงนโยบาย**

1. ควรสร้างการรับรู้ ถ่ายทอด/สื่อสารเกี่ยวกับนโยบายควบคุมยาสูบ/แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ไปยังหน่วยงานระดับต่างๆ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการทบทวน/ประเมินผลการออกนโยบายควบคุมยาสูบและแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ทั้งในภาพรวม ระดับจังหวัด และในประเด็นย่อยว่ามีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการควบคุมยาสูบของประเทศ

3. ควรมีการบูรณาการนโยบายการควบคุมยาสูบ และการดื่มแอลกอฮอล์เข้าด้วยกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยทำงานคู่ขนานไปด้วยกัน

4. ควรนำกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social ecological model) ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กร ชุมชน ครอบครัว และบุคคล มาใช้วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบของทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

บรรณานุกรม

กมลภู ถนอมสัตย์, รัชนี สรรเสริญ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตราด.**วารสารการพยาบาลและการศึกษา** 2554;4:38-47.

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยปี 2554 จำแนกตามพื้นที่ในความรับผิดชอบของ สคร. 1-12**. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2554.

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. **การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี 2554.** กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2554.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ สอนหนู, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปรากฏการณ์ แบบแผนและภาพจำลองทางความคิดของพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบท. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์** 2558;21:39-59.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบทของจังหวัดพิจิตรด้วยชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ** 2558;9(1):147-61.

จันทนา คำน้อย. **พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลแม่อาย อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2551.

โชคชัย สาครพานิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่ไม่สูบบุหรี่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเขาสมิงวิทยาคม จังหวัดตราด. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า** 2554;28:44-52.

ณัฏฐินี จันทร์ก้อน. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการศึกษา(สุขศึกษา)บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543.

นิติบดี ศุขเจริญ, วัยวุฒฑ์ อยู่ในศิล. **การวิเคราะห์อภิมานและการสังเคราะห์อภิมาน: Meta-Analysis and Meta-Synthesis.** วมรภ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2557;8(3):43-56.

นันทิชา ภาชา. **พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์.**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2550.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, ไอยรดา มารีอัมมัน.**คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข**.กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.

ยุพดี ชิดเดือน, ธีระศักดิ์ อุ่นอารมณ์เลิศ. ผลการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเครียดของเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครปฐม.**วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** 2013;24(4).

ลักขณา เติมศิริกุลชัย. **รายงานการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย.** เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2553.

วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, ประศักดิ์ สันติภาพ. **การทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.** กรุงเทพมหานคร:มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ,2547.

วรรณชนก จันทชุม. การพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยใช้กระบวนการมี ส่วนร่วม : กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์** 2549;12:94-109.

ศิริธิดา ศรีพิทักษ์, ยุคนธ์ เมืองช้าง, จารุวรรณ สนองญาติ, ลักขณา ศิรถิรกุล, สินีพร ยืนยง. ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี.**วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี** 2555;23:38-52.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ.**บทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบเปรียบเทียบกับรายได้ทางเศรษฐกิจจากยาสูบ.**ใน;ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง, สุนิดา ปรีชาวงษ์,บรรณาธิการ.สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทยพ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร:เจริญดีมั่นคงการพิมพ์;2557.หน้า 19-21.

ศิริญญา ชมขุนทด, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย**. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา** 2557;9:91-103.

ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. **Helping adolescents cope with stress.** ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย; 2558 [25 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rcpsycht.org/cap/detail _ articledr.php?news_id=51.

ศิริไชย หงส์สงวนศรี. **ความเครียดและการจัดการความเครียด** [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร สสส.; 2552 [25 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://resource.thaihealth.or.th/library/ 10988.

ศรีรัช ลอยสมุทร. **บทที่ 6 สถานการณ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่.** ใน; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง, สุนิดา ปรีชาวงษ์,บรรณาธิการ.สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2557.หน้า 37- 40.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554.**

สมพล วันต๊ะเมล์. **แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม**[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 เม.ย.2558] แหล่งข้อมูล: www.thaipopulation.org

สุรัตนา พรวิวัฒนชัย. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,2553.

สุวรรณี จรูงจิตรอารี, นวลอนงค์ ชัยปิยะพร, สลิลา เศรษฐไกรกุล, อโนมา สันติวรกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด** 2556;25:164-71.

สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล. **ผลการใช้โปรแกรมเชิงป้องกันที่มีต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 มิ.ย. 2558].แหล่งข้อมูล:http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/ handle/123456789/2494/Sittipong_W_R440134.pdf?sequence=1

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. **สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534– 2552.** กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557.** พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์,2555.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. **สรุปสถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย รายงานประจำปี 2556.** กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535.** พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี ไดคัท แอนด์ สกรีน จำกัด, 2556.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535.** พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี ไดคัท แอนด์ สกรีน จำกัด, 2556.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. **รายงานประจำปี 2557 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ.** กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557** [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย.2558] แหล่งข้อมูล:http://service.nso.go.th/ nso/ nsopublish/ themes/ files/smokeExec57.pdf.

Brody GH, Murry VM, Gerrard M, Gibbons FX, Molgaard V, McNair L, et al**. The strong African American families program: Translating research into prevention programming.** Child development. 2004:900-17.

Bronfenbrenner U. **The ecology of human development: Experiments by nature and design:** Cambridge,Massachusetts:Harvard university,2009.

Chaikoolvatana A, Manwong M, Junnual N, Chaikoolvatana C, Thongnun W, Apirakmontree J, et al. Effects of a cigarette smoking prevention program among junior high school students in north-east Thailand: a pilot survey. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2013;96:730-41.

Chutima Deesawat, Chaweewon Boonshuyar, Lukkhana Termsirikulchai. A Multilevel study of smoking among youths in school at Buriram Province. **J Med Assoc Thai** 2012;95:S78-S86.

Chokchai Sakornpanich. Factors associated with non-smoking high school male students' intention to smoke. **The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center** 2012;28(1):44-52.

Collins BN, Nair US, Hovell MF, DiSantis KI, Jaffe K, Tolley NM, et al. Reducing Underserved Children's Exposure to Tobacco Smoke: A Randomized Counseling Trial With Maternal Smokers. **American journal of preventive medicine**, 2015.

Deesawat C, Boonshuyar C, Chansatitporn N, Viwatwonghasem C, Termsirikulchai L. A multilevel study of smoking among youths in school at Buriram Province. **Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet** 2012;95 Suppl 6:S78-86.

Dumrongpiwat S, Wongwiwatthananukit S, Krittiyanunt S, Khlaisang M, Suwanmajo S. Tobacco smoking behavior in youth. **J Health Res** 2009;23:103-9.

Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Reducing early smokers' risk for future smoking and other problem behavior: insights from a five-year longitudinal study. **Journal of Adolescent Health** 2008;43(4):394-400.

Hall JA, Valente TW. Adolescent smoking networks: the effects of influence and selection on future smoking. **Addictive behaviors** 2007;32(12):3054-9.

Hedman L, Bjerg A, Perzanowski M, Sundberg S, Ronmark E. Factors related to tobacco use among teenagers. **Respiratory medicine** 2007;101(3):496-502.

Hong JS, Lee NY, Grogan-Kaylor A, Huang H. Alcohol and tobacco use among South Korean adolescents: An ecological review of the literature. **Children and Youth Services Review** 2011;33(7):1120-6.

Jessor R, Jessor SL. **Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth**, 1977.

Klein EG, Forster JL, Erickson DJ. Longitudinal predictors of stopping smoking in young adulthood. **Journal of Adolescent Health** 2013;53(3):363-7.

Ladapo JA, Elliott MN, Kanouse DE, Tortolero SR, Windle M, Cuccaro PM, et al. Tobacco Use and Smoking Intentions Among US Fifth-Grade Students. **Journal of Adolescent Health** 2014;55(3): 445-51.

Lee G, Lee J, Lee S. Risk factors of future smoking among Thai youth : a secondary analysis of the Thai Global Youth Tobacco Survey. **Asia-Pacific Journal of Public Health** 2015;27:2602-9.

Lindström M, Rosvall M. Daily tobacco smoking, heavy alcohol use, and hashish use among adolescents in southern Sweden: A population-based multilevel study. **Addictive Behaviors Reports** 2015;2:6-12.

Mays D, Luta G, Walker LR, Tercyak KP. Exposure to peers who smoke moderates the association between sports participation and cigarette smoking behavior among non-white adolescents. **Addictive behaviors** 2012;37(10):1114-21.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. **Health Education & Behavior** 1988;15(4):351-77.

Miller BA, Byrnes HF, Cupp PK, Chamratrithirong A, Rhucharoenpornpanich O, Fongkaew W, et al. Thai Parenting Practices, Family Rituals and Risky Adolescent Behaviors: Alcohol Use, Cigarette Use and Delinquency. **International journal of child and adolescent health** 2011;4(4):367-78.

Page RM, Zarco EP, Suwanteerangkul J, Ching M-L, Miao N-F, Taylor J. **Perceptions of the prevalence of cigarette smoking by peers: a study of Taiwanese, Filipino, and Thai high school students**, 2005.

Page RM, Suwanteerangkul J, Sloan A, Kironde J, West J. **Thai adolescents' normative beliefs of the popularity of smoking among peers, adults, the successful and elite, and parents.** Social Development. 2012;21:849-67.

Prommobol J. **The Effectiveness of an Application of a Health Belief Model and Life Skill Education to Quit Smoking Cigarettes Among the Conscripts in Adisorn Fort, Saraburi Province**: Mahidol University, 2003.

Rajesh V, Diamond PM, Spitz MR, Wilkinson AV. Smoking Initiation Among Mexican Heritage Youth and the Roles of Family Cohesion and Conflict. **The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine** 2015;57(1):24-30.

Seal N. Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training. **Nursing & health sciences** 2006;8:164-8.

Sirichotiratana N, Techatraisakdi C, Rahman K, Warren CW, Jones NR, Asma S, et al. Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand. **BMC Public Health** 2008;8:1-7.

Sirirassamee T, Sirirassamee B, Jampaklay A, Borland R, Fong GT. Risk factors of tobacco use among Thai adolescents: finding from international tobacco control policy survey southeast Asia (ICT-SEA). **J Med Assoc Thai** 2009;92:S4-8.

So ES, Yeo JY. Factors Associated with Early Smoking Initiation among Korean Adolescents. **Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)** 2015;9(2):115-9.

Thrasher JF, Sargent JD, Huang L, Arillo-Santillán E, Dorantes-Alonso A, Pérez-Hernández R. Does film smoking promote youth smoking in middle-income countries?: A longitudinal study among Mexican adolescents. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention** 2009;18(12):3444-50.

Tsai M-C, Hsieh Y-P, Strong C, Lin C-Y. **Effects of pubertal timing on alcohol and tobacco use in the early adulthood: A longitudinal cohort study in Taiwan.** Research in Developmental Disabilities. 2015;36:376-83.

UNESCO. **Social and Human Sciences** [internet]. [21 August 2558]. Available from: http:// www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/.

Wanchanok Jantachum. Development of Smoking-Prevention Strategies among Students through Participation Process: A Case Study of An Expansion School in Kalasin Province. **Journal of Behavioral Science** 2006;12(1).

Wen M, Van Duker H, Olson LM. Social contexts of regular smoking in adolescence: towards a multidimensional ecological model. **Journal of adolescence** 2009;32(3):671-92.

World Health Organization. **Adolescent development** [internet]. 2558 [21 August 2558]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/_ dev/en/.

ภาคผนวก ก.

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

ห้องรองอธิบดีกรมควบคุมโรค
เลขรับ ๒๗๕๗
วันที่ ๑๕ มิ.ย. ๒๕๕๘
เวลา ๑๕.๓๘ น.

กรมควบคุมโรค
รับที่ ๒๒๓๗
วันที่ ๑๕ มิ.ย. ๒๕๕๘
เวลา ๑๕.๑๖๔ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๖๑๐

ที่ สธ ๐๔๓๕.๓/ ๑๑๙๘ **วันที่** ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ลงนามหนังสือแจ้งอนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยที่ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

ความเป็นมา

ตามที่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค พิจารณาดังรายละเอียดในเอกสารที่แนบนั้น

ข้อพิจารณา

สำนักจัดการความรู้ ขอเรียนว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติโครงการฯ ดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนาม

๑. อนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ ลงนามหนังสือแจ้งผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามเอกสารที่แนบด้วย จะเป็นพระคุณ

อนุมัติ
ลงนามแล้ว

(นางวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค
๑๖ มิ.ย. ๒๕๕๘

(นายกฤษฎา ปิ่นทอง)
ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมควบคุมโรค สำนักจัดการความรู้ โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๖๑๐

ที่ สธ ๐๔๓๕.๓/ ๓๐๐๗ **วันที่** ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยฯ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ตามที่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ นั้น

๑. กรมควบคุมโรค โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ พิจารณาแล้ว มีมติ ไม่ใช่การวิจัยในคน จึงมีมติอนุมัติให้ดำเนินการได้

๒. กรมควบคุมโรค อนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ version ๑.๒ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องด้วย

(นางวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค

สำเนาคู่ฉบับ

กรมควบคุมโรค สำนักจัดการความรู้ โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๖๑๐

สธ ๐๔๓๕.๓/๓๐๘๓ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๘

อนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยฯ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ตามที่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย” รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ นั้น

๑. กรมควบคุมโรค โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ พิจารณาแล้ว มีมติ ไม่ใช่การวิจัยในคน จึงมีมติอนุมัติให้ดำเนินการได้

๒. กรมควบคุมโรค อนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย” รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ version ๑.๒ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องด้วย

(นางวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค

.....ร่าง
จันทิมา
.....พิมพ์
..... ตรวจ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๖๑๐

ที่ สธ ๐๔๓๕.๓/๑๑๔๓ **วันที่** ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยที่ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

เรียน ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยและวิชาการ กรมควบคุมโรค
(นายกฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน)

ตามที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่ขอรับ การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ คณะกรรมการฯ มีมติ ไม่ใช่การวิจัยในคน จึงมีมติอนุมัติให้ดำเนินการได้ นั้น

ในการนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค ได้พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุมัติโครงการฯ ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา หากเห็นชอบโปรด

๑. ให้ความเห็นชอบดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ

๒. ลงนามในบันทึกข้อความเรียนอธิบดีกรมควบคุมโรค เพื่ออนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ ลงนามหนังสือแจ้งผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามเอกสารที่แนบด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางนภมี สุขประเสริฐ)
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๖๑๐

ที่ สธ ๐๔๓๕.๓/ **วันที่** มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง การพิจารณาโครงการวิจัยที่ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

เรียน ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยและวิชาการ กรมควบคุมโรค
(นายกฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน)

ตามที่ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ ได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค เรื่อง “การสังเคราะห์องค์ความรู้งานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย” รหัส ๗/๕๘-๗๕๙ version ๑.๒ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ นั้น

ในการนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค พิจารณาแล้ว มีมติ ไม่ใช่การวิจัยในคน และอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยฯ ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายศุภชัย ฤกษ์งาม)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

ผลการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

วันที่ 21 พฤษภาคม 2558

✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦

โครงการ "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย" รหัส 7/58-759 ของ นางสาวจุรีย์ อุสาหะ

ผลการพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรม กรมควบคุมโรค มีมติ ให้ปรับปรุงแก้ไขประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ผู้วิจัยต้องระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากรายงานการวิจัย และเอกสารข้อมูลต่างๆเพื่อตอบคำถามวิจัยของผู้วิจัย ก่อนจะส่งสังเคราะห์องค์ความรู้ขึ้นมาใหม่

2. ความเห็นต่อโครงการวิจัย

- อย่างไรก็ตามเกณฑ์การเลือกเอกสาร มีแต่เพียงเกณฑ์คัดเข้ายังไม่มีเกณฑ์คัดออก (ที่ระบุเป็นลักษณะตรงข้ามเกณฑ์คัดเข้า)

✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦

โครงการวิจัย เรื่อง "การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย"

(Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths)

สรุปการปรับแก้ตามมติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

วันที่ 21 พฤษภาคม 2558

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ	การดำเนินการปรับแก้	หน้า
1	• การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยต้องระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากรายงานการวิจัย และเอกสารข้อมูลต่างๆเพื่อตอบคำถามวิจัยของผู้วิจัย ก่อนจะส่งสังเคราะห์องค์ความรู้ขึ้นมาใหม่	แก้ไขเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล(Data Analysis) 1. ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ 2. ข้อมูลปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในมิติแต่ละด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ จะใช้รูปแบบการวิเคราะห์ตามวิธีการของ Meta-synthesis ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตาม Theory Explication (เพื่ออธิบายทฤษฎี) และ Descriptive meta-synthesis (เพื่ออธิบายข้อค้นพบในเชิงคุณภาพ) โดยทีมผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แยกแต่ละประเด็นตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model)	6/14
2	• ความเห็นต่อโครงการวิจัย อย่างไรก็ตามเกณฑ์การเลือกเอกสาร มีแต่เพียงเกณฑ์คัดเข้ายังไม่มีเกณฑ์คัดออก (ที่ระบุเป็นลักษณะตรงข้ามเกณฑ์คัดเข้า)	เกณฑ์การเลือกออก (Exclusion criteria) 1) เอกสารหรือบทความที่มีเฉพาะบทคัดย่อ 2) รูปแบบการศึกษาอื่นๆที่ไม่ใช่รูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	5/14

แบบเสนอโครงการวิจัย
เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

1. ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย) **การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย**

(ภาษาอังกฤษ) **Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths**

2. ชื่อและที่ทำงานของผู้วิจัยหลัก ผู้ร่วมวิจัยและที่ปรึกษา

ผู้วิจัยหลัก

1. นางสาว จุรีย์ อุสาหะ
   Miss Juree Usaha
   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
   โทรศัพท์ 02 590 3032 ,085 1195467 โทรสาร 02 590 3032 E-mail : usahaju@gmail.com

ผู้ร่วมวิจัย

2. นางสาว ฐิติพร กันวิหค
   Miss Titiporn Gunvihok
   นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
   สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
   โทรศัพท์ 02 580 7161 โทรสาร 02 580 7162 E-mail : snickys3005@gmail.com
3. นางสาวเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล
   Miss Seranee Julasereekul
   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
   โทรศัพท์ 02 580 9264 โทรสาร 02 580 6961 E-mail : haiju960@gmail.com
4. นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์
   Mrs. Vilailak Haruhanpong
   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
   โทรศัพท์ 02 580 6962 โทรสาร 02 580 9307 E-mail : vilailak_noy@hotmail.com

ที่ปรึกษา

5. ผศ.ดร. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์
   คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
   โทรศัพท์ 02 564 4440-79 ต่อ 7459 โทรสาร 02 516 2708 email : tu.sirima@gmail.com

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

3. สรุปย่อโครงการวิจัย (Project summary)

บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นติด เป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่นๆที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า และพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อภาระโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์[1] โดยที่เยาวชนยังคงเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆและซื้อบุหรี่แบ่งมวนเพิ่มมากขึ้น จากผลการสำรวจปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน(15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นคือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในปี 2557 ลดลงเป็น15.6 ปี[2] จะเห็นได้ว่าเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยลง การสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในของตัวเยาวชนเอง และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน แล้วส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเยาวชนให้สูบบุหรี่ ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) ค่านิยมของสังคมที่มองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่จึงถือเป็นเรื่องธรรมดาที่พบเห็นได้ทั่วไป ประกอบกับวัยของเด็กที่เป็นเยาวชนมีความอยากรู้อยากลองและเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆจากบุคคลที่ชื่นชอบได้ง่าย จึงทำให้มีเจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ 2) ประชาชนทั่วไปและเยาวชนยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และมักจะเพิกเฉยหรือไม่ให้ความสำคัญต่อปัญหานี้เท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของบุหรี่อย่างแท้จริง รู้แต่ก็ไม่เชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้นกับตนเอง 3) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผ่านมายังมีจุดอ่อน เนื่องจากเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ตัวเด็กเท่านั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างฝ่ายต่างๆของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง[3-6]

แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทย ตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กำหนดสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพิจารณาแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบพหุมิติ (Multidimensional prevention) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมใน 5 ระดับ คือระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลย่อมมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบในเยาวชน แต่เป็นการศึกษาแบบแยกระดับ เช่น ศึกษาเฉพาะในระดับบุคคล หรือระดับระหว่างบุคคล หรือระดับสถาบัน หรือระดับชุมชน หรือระดับสังคมเท่านั้น ทำให้การนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการป้องกัน ควบคุมและแก้ไขปัญหาด้านยาสูบในประเทศไทยไม่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งหากสามารถนำองค์ความรู้เหล่านี้มาเชื่อมประสานและบูรณาการเป็นเนื้อเดียวกันจะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดการการควบคุม ป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทย รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคมไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(Systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta synthesis) เป็นกระบวนการวิธีงานวิจัยที่รวบรวมผลของส่วนที่ปรากฏในงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

กระบวนการอย่างเป็นระบบ มีจุดประสงค์เพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจ โดยการเลือกใช้คุณภาพของงานที่ดี (Published) ทำให้สามารถอธิบาย ได้ครอบคลุมและกว้างขวางน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะมักใช้สร้างนโยบายต่างๆ เป็นการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ไปสู่สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นเครื่องมือที่ช่วยทำให้สามารถหาคำตอบที่ต้องการได้ และจะช่วยให้ประหยัดทรัพยากร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานวิจัยภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณเช่นในปัจจุบันนี้[7] โดยการนำผลการศึกษาที่ผ่านๆมา มาทำการประเมินคุณภาพ วิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสรุปปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งผลการศึกษาจะมีความน่าเชื่อถือสูงและลดอคติของแต่ละการศึกษาได้ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทันสมัย ผู้วิจัยจึงสนใจใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(Systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta synthesis) ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model) เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เพื่อที่จะอธิบาย วิเคราะห์ สังเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการปกป้องเยาวชนไทยให้พ้นภัยจากบุหรี่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในมิติด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta-synthesis)

ระยะเวลาศึกษา

ภายใน 6 เดือน หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

วิธีการดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและแผนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา (เดือน)						
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค	ส.ค.	ก.ย.
1. พัฒนาโครงร่างการวิจัย	x						
2. เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	x	x					
3. สืบค้นรายงานการศึกษา		x	x				
4. รวบรวมข้อมูลจากการศึกษา			x	x			

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มี.ค. 2558

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา (เดือน)						
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค	ส.ค.	ก.ย.
5. ประเมินคุณภาพเอกสาร				x	x		
6. สกัดข้อมูล				x	x		
7. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม					x	x	
8. สรุป จัดทำรูปเล่มรายงานการศึกษา และเผยแพร่						x	x

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูล (Data Source)

การค้นหาบทความจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ทั้งระดับนานาชาติ คือ Google scholar, Science Direct, Scopus, ฐานข้อมูล Electronic จากห้องสมุดในประเทศไทยและฐานข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย การศึกษานี้จะติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทความ หรือเจ้าของงานวิจัยนั้นถ้าจำเป็น และสืบค้นหาบทความจากวารสารที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์จากห้องสมุดต่างๆในประเทศไทยร่วมด้วย

วิธีการสืบค้นข้อมูล (Search Strategy)

การสืบค้นเอกสารงานวิจัยและบทความต่างๆจะสืบค้นทั้งจากที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ โดยศึกษาในทุกรูปแบบการศึกษาทั้งที่เป็นงานวิจัยแบบสังเกตและแบบทดลองที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 จนถึง ปัจจุบัน โดยจะใช้การสืบค้นจากคำสำคัญหรือดัชนีคำค้นที่กำหนดขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น"พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่" "ปัจจัยป้องกัน+การสูบบุหรี่" "การสูบบุหรี่+เยาวชนไทย", "ปัจจัยป้องกัน+นิเวศวิทยาเชิงสังคม", "การสูบบุหรี่+นิเวศวิทยาเชิงสังคม", "protective behavior + smoking", "protective factor + smoking", "smoking + Thai youth" , "protective factor + Social ecological model", "smoking+ Social ecological model"

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

1) Google scholar
2) Science Direct
3) Scopus

เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย (Criteria)

เกณฑ์การเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1) รายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงพ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

2) มีวัตถุประสงค์การศึกษาตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model)
3) ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเยาวชนไทยอายุไม่เกิน 18 ปี
4) เอกสารที่เป็นเฉพาะภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
6) รายงานประเมินผลโครงการ

เกณฑ์การเลือกออก (Exclusion criteria)

1) เอกสารหรือบทความที่มีเฉพาะบทคัดย่อ
2) รูปแบบการศึกษาอื่นๆที่ไม่ใช่รูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การประเมินคุณภาพเอกสาร (Study Quality Assessment)

มีเกณฑ์ในการพิจารณาตามรูปแบบของรายงานวิจัย โดยแบ่งผลการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ ผ่านและไม่ผ่าน โดยกำหนดให้เอกสารที่ผ่านต้องมีข้อมูลครบทุกข้อของการประเมิน

1. ในกรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประเมินจาก
   1.1 มีการตรวจสอบงานวิจัยแบบสามเส้า (Triangulation)เช่น ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี
   1.2 มีผู้ร่วมวิจัยมากกว่า 2 ท่าน ในการตีความและสรุปรายงานวิจัย

2. ในกรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ประเมินจาก
   2.1 การควบคุม Bias ในการเลือกกลุ่มศึกษา เช่น selection bias, information bias, misclassification bias
   2.2 การควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factor)
   2.3 Report Bias (อคติในการรายงานผลการศึกษา) เช่น การรายงานตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การดึงข้อมูล (Data-extraction)

เมื่อสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จะนำมาพิจารณาอย่างละเอียดโดยนักวิจัย 2 คนอิสระกันในการดึงข้อมูลตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model) เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย โดยจัดหมวดหมู่ที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

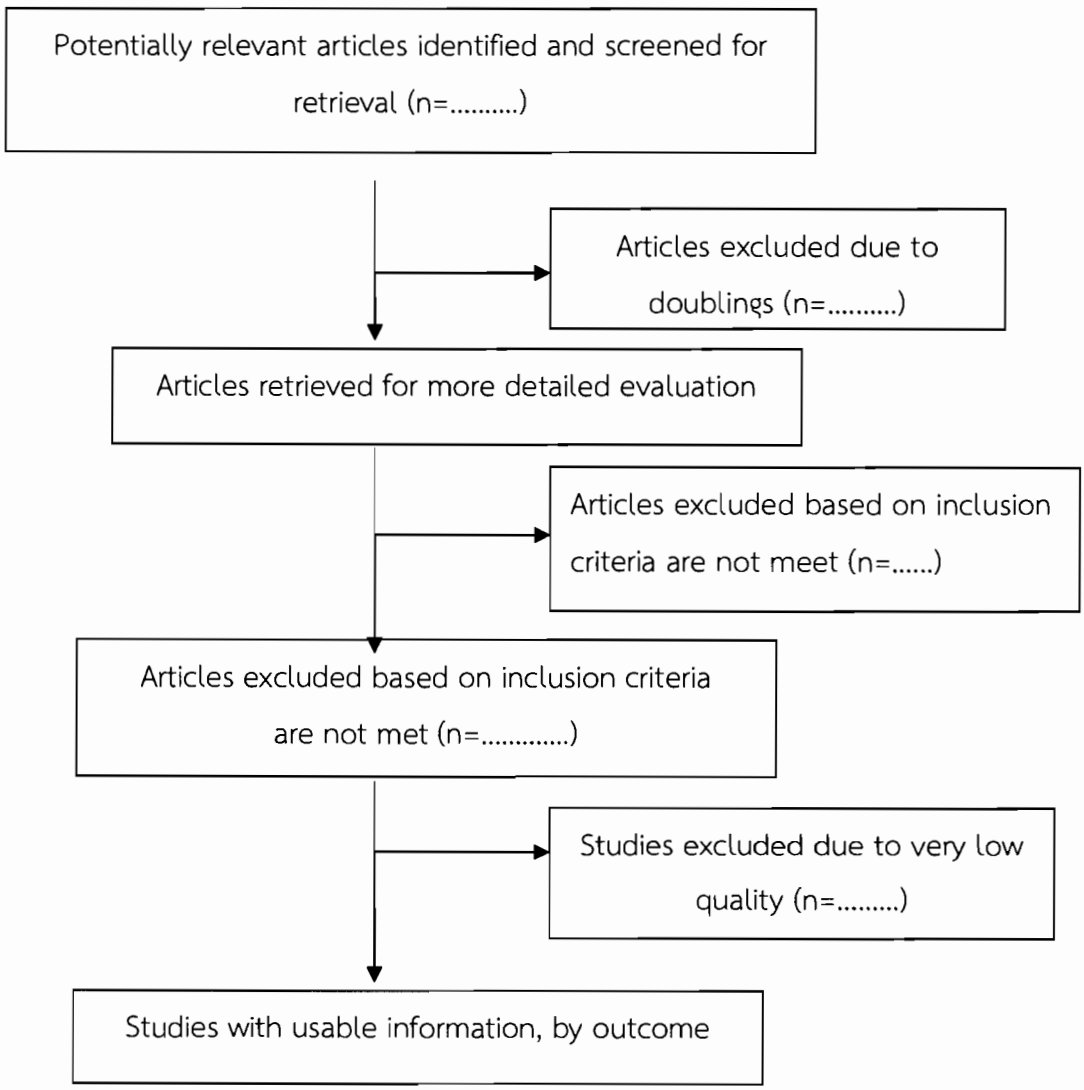
1. ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ

2. ข้อมูลปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในมิติแต่ละด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ จะใช้รูปแบบการวิเคราะห์ตามวิธีการของ Meta-synthesis ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตาม Theory Explication (เพื่ออธิบายทฤษฎี) และ Descriptive meta-synthesis (เพื่ออธิบายข้อค้นพบในเชิงคุณภาพ) โดยทีมผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แยกแต่ละประเด็นตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model)

การสังเคราะห์ข้อมูล (Data Synthesis)

ข้อมูลที่ดึงได้ในแต่ละหมวดหมู่ของกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคมจะถูกนำมาสังเคราะห์ด้วยนักวิจัย 2 คน เพื่อสรุปผลการศึกษาตามรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ

จากขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลจนถึงการสังเคราะห์ข้อมูล แสดงดังแผนภูมิในภาพที่ *1*



ภาพที่ 1. แผนภูมิกระบวนการคัดเลือกบทความ งานวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

ข้อพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย (Ethical Consideration)

เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลจากรายงานวิจัยมาใช้ในการศึกษา จึงไม่มีการลงลายมือชื่อจากอาสาสมัคร

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. นำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

งบประมาณการวิจัย 126,600 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นหกพันหกร้อยบาทถ้วน)

บทนำ ความเป็นมา126,600 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นหกพันหกร้อยบาทถ้วน)

4.

4.1 ความสำคัญและเหตุผล

จากรายงานสถานการณ์ทั่วโลกประมาณการว่ามีเยาวชนสูบบุหรี่150 ล้านคนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่จะใช้บุหรี่ก่อนอายุ 18 ปี ซึ่งทำนายได้ว่าถ้ารูปแบบดังกล่าวยังคงดำเนินต่อไปจะทำให้เด็กและเยาวชนจำนวน 250 ล้านคนเสียชีวิตจากผลของการสูบบุหรี่ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา[(8)] อีกทั้งบุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นติดและเป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่นๆที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคในประชากรโลกมากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ มีอายุไม่เกิน 44 ปี ในขณะที่ประเทศไทย จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและบาดเจ็บปี 2552 พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์[(1)] มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30ปีขึ้นไป 50,710 คน หรือประมาณร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมด โดยที่เป็นผู้ชาย 42,989 คน และเป็นผู้หญิง 7,721 คน และพบ 3 โรคที่เป็นสาเหตุการตายหลักจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ถุงลมโป่งพอง) มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ปี 2552 เท่ากับ 52,189ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.54 ของ GDP คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ10,137 ล้านบาท(ร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ1,063 ล้านบาท (ร้อยละ 2) การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 370 ล้านบาท(ร้อยละ 0.7) การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 147 ล้านบาท(ร้อยละ 0.3)และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 40,464 ล้านบาท (ร้อยละ 77) โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็นร้อยละ 13 ของ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด และร้อยละ 73 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข[1] ดังนั้นการป้องกันก่อนจะมีอาการของโรค จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดภาระโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุตั้งแต่15ปีขึ้นไปตั้งแต่ปี 2534 – 2557พบว่าแม้อัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันชนิดมีควันมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ32.0ในปี2534เป็นร้อยละ 20.7ในปี2557 แต่เมื่อพิจารณาในปี2552เทียบกับปี2554กลับพบว่าอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันชนิดมีควันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ20.7เป็นร้อยละ21.4 โดยเฉพาะในเยาวชน(อายุ 15 – 18 ปี)มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ปี 2552 – 2554 เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปีในรอบ 20ปี(ปี 2534 – 2554) ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 1.2 แต่ในปี 2547 – 2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี เมื่อเทียบผลสำรวจในปี 2552และปี 2554 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 9.2 โดยมีผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี อีกทั้งเยาวชนยังคงเข้าถึงและซื้อบุหรี่ซิกาแรตแบบแบ่งมวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.3 เป็น ร้อยละ 88.3โดยเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7 และล่าสุดจากผลการสำรวจปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน(15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นคือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในปี 2557 ลดลงเป็น15.6 ปี จะเห็นได้ว่าเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยลง[2]

จากการศึกษาต่างๆ พบว่า อายุ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ เมื่ออายุมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าวัยรุ่นหญิง 10 เท่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่า วัยรุ่นที่มองการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่มีความคิดตรงข้ามกันในเรื่องความน่าดึงดูดใจ โดยผู้สูบบุหรี่มองว่าผู้ชายหรือผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะทำให้น่าดึงดูดใจมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งได้มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา สถานภาพครอบครัวของนักเรียน ปัจจัยนำคือ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ คือ การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู แหล่งข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับจากผู้ปกครอง และจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งแต่ระดับมัธยมต้นถึงระดับอุดมศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหลายประเภทในเวลาเดียวกันหรือสูบหลายอย่างนอกเหนือจากการสูบบุหรี่ธรรมดา ได้แก่ บาราคู่ ซึ่งวัยรุ่นสูบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บุหรี่ชูรส ยาเส้น/ยาเส้นชูรส บุหรี่มวนเอง บุหรี่ไฟฟ้า ส่วนใหญ่เพื่อนเป็นผู้แนะนำให้สูบ และผลิตภัณฑ์ที่เพื่อนแนะนำให้สูบมากที่สุดคือบุหรี่ชูรส และบาราคู่ เหตุผลในการสูบคือความแปลกใหม่ของผลิตภัณฑ์และเพื่อนยัง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

แนะนำว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา ช่วงเวลาที่สูบไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อน[9] โดยเฉพาะเยาวชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานครนิยมสูบยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่/ฮุกก้า[2]

จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในของตัวเยาวชนเอง และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน แล้วส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเยาวชนให้สูบบุหรี่ ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) ค่านิยมของสังคมที่มองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่จึงถือเป็นเรื่องธรรมดาที่พบเห็นได้ทั่วไป ประกอบกับวัยของเด็กที่เป็นเยาวชน มีความอยากรู้อยากลองและเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆจากบุคคลที่ชื่นชอบได้ง่าย จึงทำให้มีเจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ 2) ประชาชนทั่วไปและเยาวชนยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และมักจะเพิกเฉยหรือไม่ให้ความสำคัญต่อปัญหานี้เท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของบุหรี่อย่างแท้จริง รู้แต่ก็ไม่เชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้นกับตนเอง 3) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผ่านมายังมีจุดอ่อน เนื่องจากเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ตัวเด็กเท่านั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างฝ่ายต่างๆของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมีหลากหลายด้วยกัน เช่น ณัฏฐินี จันทร์ก้อน (2543) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ ของเพื่อนในกลุ่ม โดยมีข้อเสนอในการวิจัยเพิ่มเติมดังนี้ ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ เช่น ทักษะชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ควรมีการศึกษาโดยการหาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาว่า การที่นักเรียนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นมาจากสาเหตุใด และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ให้สมบูรณ์[10]

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี (2547) ทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้กรอบนิเวศวิทยาสังคมของอิทธิพลระดับต่างๆ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้มีพื้นฐานความคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยหรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของทั้งองค์ประกอบส่วนบุคคลและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมโดยจำแนกองค์ประกอบเหล่านี้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ บุคคล ระหว่างบุคคล สถาบัน/องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ ซึ่งพบว่ามาตรการควบคุมป้องกันโรคหัวใจในประเทศไทยที่ชัดเจนที่สุดคือการป้องกันและลดการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการออกกำลังกายซึ่งมีการดำเนินการในระดับชาติอย่างกว้างขวาง โดยการป้องกันและลดการสูบบุหรี่มีทั้งการใช้กลยุทธ์ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมเช่นการออกกฎหมายห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกชนิดทั้งทางตรงและทางอ้อมการไม่อนุญาตให้มีเครื่องขายบุหรี่(Vending Machine) การห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีการให้เปิดเผยรายการส่วนประกอบที่มีอยู่ในบุหรี่ให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบการมีคำเตือนบนซองบุหรี่และการห้ามหรือจำกัดบริเวณการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างไรก็ตามการบังคับใช้กฎหมายเหล่านี้ยังอาจเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและต่อเนื่องนอกจากนี้ยังมีการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

รณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่โดยการจัดงานในวันสำคัญทางสุขภาพการเผยแพร่ผ่านสื่อวิทยุและโทรทัศน์ซึ่งเป็นไปอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง[11]

นันทิชา ภาชา (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ จำนวน 813 คน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครองนักเรียน สถานภาพครอบครัวของนักเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา สถานภาพครอบครัวของนักเรียน กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว 10 อาชีพของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ พบว่า ตัวแปรทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเสริม ได้แก่แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู แหล่งข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับจากผู้ปกครอง พบว่า ตัวแปรทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[12]

สุรัตนา พรวิวัฒนชัย(2551) จากการศึกษาต่างๆพบว่าอายุ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือเมื่ออายุมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าวัยรุ่นหญิง 10 เท่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่และยังพบอีกว่ายิ่งเยาวชนมีฐานะดีเท่าไรอัตราการลองสูบบุหรี่ของเยาวชนก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เพื่อนที่สูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น การที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่จะทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูงโดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของลูกชายมากกว่าหญิงส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแม่จะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของลูกผู้หญิงมากกว่าลูกผู้ชาย ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่พบว่าวัยรุ่นทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งตัวผู้ที่สูบบุหรี่เองและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ทั้งนี้พบว่าผู้ไม่สูบบุหรี่มองเห็นอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ ในขณะที่กลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเรียนในชั้นเรียน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่พบว่าวัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาหรือเป็นสิ่งดีมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่มองการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีและวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความคิดตรงข้ามกันในเรื่องความน่าดึงดูดใจโดยผู้สูบบุหรี่มองว่าผู้ชายหรือผู้หญิงที่สูบบุหรี่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

จะทำให้น่าดึงดูดใจมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มักดื่มเบียร์และสุราด้วย ในทางกลับกันผู้ดื่มสุราก็มักจะสูบบุหรี่และดื่มเบียร์ด้วย ส่วนปัจจัยทางด้านนโยบายสื่อโฆษณาและสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่มากกว่าเนื่องจากเป็นผู้ที่จับต้องบุหรี่มากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าในบ้านของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะยืดหยุ่นให้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มาก และการที่รัฐบาลสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่เข้ามาจำหน่ายทำให้มีโอกาสเลือกได้มากกว่าและการที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายมีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง[13]

Eleni L. Tolma (2013) ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่างๆ(Assets) ปัจจัยแวดล้อมข้างเคียง (Neighborhood Characteristics) และการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน : โดยความแตกต่างของเพศ โดยปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัจจัยแวดล้อมข้างเคียง ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางสังคม ความเกี่ยวพันกับพื้นที่ข้างเคียง (การบริการ ความปลอดภัย) การสนับสนุนพื้นที่ข้างเคียง ความคิดเห็นของชุมชน การควบคุมสังคมที่ไม่เป็นทางการ พบว่าในเพศหญิงมี 16 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนเพศชายมี 14 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ และปัจจัยแวดล้อมข้างเคียงอื่น[14]

สมพล วันต๊ะเมล์ ศึกษาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยพิจารณาแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบพหุมิติเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมใน 5 ระดับคือระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบันระดับชุมชน และระดับสังคม ทั้งนี้แนวศึกษานี้ฯเชื่อว่าในความเป็นจริงพฤติกรรมของบุคคลย่อมมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้นแต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วยผู้วิจัยได้นำแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ในการกำหนดแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคมไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ในการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน[15]

พรรณี ปานเทวัญ (2553) ศึกษาความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพบกไทย โดยใช้แบบจำลองเชิงนิเวศ (Ecological model) ในการสร้างแนวคำถามเชิงคุณภาพ ซึ่งผลการการวิจัยมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ทหารกองประจำการไม่กลัวการสูบบุหรี่โดยรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าโทษของบุหรี่ มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพภายหลังที่เลิกสูบบุหรี่ ขาดความรู้ทักษะในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งแวดล้อมและนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ช่วยสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ได้[16]

จากสถานการณ์และการศึกษาดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model) เป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กำหนดสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยพิจารณาแนวทางการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบพหุมิติ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมใน 5 ระดับ คือระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม เชื่อว่าในความเป็นจริง พฤติกรรมของบุคคลย่อมมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ในการนำไปปฏิบัติ เพื่อป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

ในฐานะผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติ ก็คงต้องการทราบว่ามีวิธีการใด/กิจกรรมใดหรือปัจจัยใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หลากหลาย ปัจจัยด้วยกันที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในเยาวชน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งการประเมินหรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(Systematic review) จะทำให้สามารถหาคำตอบที่ต้องการได้ และจะช่วยให้ประหยัดทรัพยากร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานวิจัยภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณเช่นในปัจจุบันนี้

ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ ทันสมัย ทำให้ผู้วิจัยต้องการที่จะทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(Systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta synthesis) เป็นกระบวนการวิธีงานวิจัยที่รวบรวมผลของส่วนที่ปรากฏในงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการอย่างเป็นระบบ มีจุดประสงค์เพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจ โดยการเลือกใช้คุณภาพของงานที่ดี (Published) ทำให้สามารถอธิบาย ได้ครอบคลุมและกว้างขวางน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะมักใช้สร้างนโยบายต่างๆ เป็นการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ไปสู่สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแบบพหุมิติ(Multidimensional prevention) โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เพื่อที่จะอธิบาย วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัจจัยที่มีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ คือระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการปกป้องเยาวชนไทยให้พ้นภัยจากบุหรี่ต่อไป

4.2 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. นำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย

5. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในมิติด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

6. ระยะเวลาศึกษาวิจัย

ภายใน 6 เดือนหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

7. กระบวนการศึกษาวิจัย

เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta synthesis)

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1 แหล่งข้อมูล (Data Source)

การค้นหาบทความจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ทั้งระดับนานาชาติ คือ Google scholar, Science Direct, Scopus, การศึกษานี้จะติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทความ หรือเจ้าของงานวิจัยนั้นถ้าจำเป็น และสืบค้นหาบทความจากวารสารที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์จากห้องสมุดต่างๆในประเทศไทยร่วมด้วย

8.2 วิธีการสืบค้นข้อมูล (Search Strategy)

การสืบค้นเอกสารงานวิจัยและบทความต่างๆจะสืบค้นทั้งจากที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ โดยศึกษาในทุกรูปแบบการศึกษาทั้งที่เป็นงานวิจัยแบบสังเกตและแบบทดลอง ทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 จนถึง ปัจจุบัน โดยจะใช้การสืบค้นจากคำสำคัญหรือดัชนีคำค้นที่กำหนดขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น “พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่” “ปัจจัยป้องกัน+การสูบบุหรี่” “การสูบบุหรี่+เยาวชนไทย”, “ปัจจัยป้องกัน+นิเวศวิทยาเชิงสังคม”, “การสูบบุหรี่+นิเวศวิทยาเชิงสังคม”, “protective behavior + smoking”, “protective factor + smoking”, “smoking + Thai youth” , “protective factor + Social ecological model”, “smoking+ Social ecological model”

8.3 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

1. Google scholar
2. Science Direct
3. Scopus

8.4 เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย (Criteria)

เกณฑ์การเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1) รายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงพ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน
2) มีวัตถุประสงค์การศึกษาตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model)
3) ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเยาวชนไทยอายุไม่เกิน 18 ปี
4) เอกสารที่เป็นเฉพาะภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
6) รายงานประเมินผลโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

เกณฑ์การเลือกออก (Exclusion criteria)

1) เอกสารหรือบทความที่มีเฉพาะบทคัดย่อ
2) รูปแบบการศึกษาอื่นๆที่ไม่ใช่รูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

8.5 การประเมินคุณภาพเอกสาร (Study Quality Assessment)

มีเกณฑ์ในการพิจารณาตามรูปแบบของรายงานวิจัย โดยแบ่งผลการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ ผ่านและไม่ผ่าน โดยกำหนดให้เอกสารที่ผ่านต้องมีข้อมูลครบทุกข้อของการประเมิน

1. ในกรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประเมินจาก
   1.1 มีการตรวจสอบงานวิจัยแบบสามเส้า (Triangulation)เช่น ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี
   1.2 มีผู้ร่วมวิจัยมากกว่า 2 ท่าน ในการตีความและสรุปรายงานวิจัย
2. ในกรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ประเมินจาก
   2.1 การควบคุม Bias ในการเลือกกลุ่มศึกษา เช่น selection bias, information bias, misclassification bias
   2.2 การควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factor)
   2.3 Report Bias (อคติในการรายงานผลการศึกษา) เช่น การรายงานตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การดึงข้อมูล (Data-extraction)

เมื่อสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จะนำมาพิจารณาอย่างละเอียดโดยนักวิจัย 2 คนอิสระกันในการดึงข้อมูลตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Social ecological model) เกี่ยวกับปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย โดยจัดหมวดหมู่ที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ

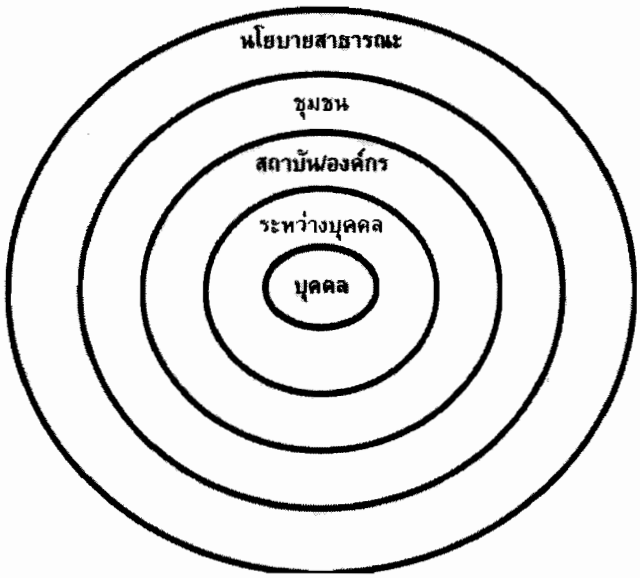
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

3. ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ

4. ข้อมูลปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในมิติแต่ละด้านระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร/สถาบัน ชุมชน และสังคม/นโยบายสาธารณะ จะใช้รูปแบบการวิเคราะห์ตามวิธีการของ Meta-synthesis ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตาม Theory Explication (เพื่ออธิบายทฤษฎี) และ Descriptive meta-synthesis (เพื่ออธิบายข้อค้นพบในเชิงคุณภาพ) โดยทีมผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แยกแต่ละประเด็นตามกรอบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

5. ด้านนโยบายสาธารณะ (Public policy) คือนโยบาย และกฎหมายระดับท้องถิ่น และประเทศที่กำกับหรือสนับสนุนกิจกรรมและการปฏิบัติที่พึงประสงค์เพื่อการป้องกัน ค้นหาแต่แรกเริ่ม ควบคุมและปฏิบัติรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ



แผนภาพที่ 2 กรอบด้านนิเวศวิทยาสังคมของอิทธิพลระดับต่างๆที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

แหล่งที่มา : McElroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quartery 1988;15:351-377. (อ้างอิงใน วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ,ประศักดิ์ สันติภาพ การทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ2547)

10. ขั้นตอนการทำวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและแผนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา (เดือน)						
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค	ส.ค.	ก.ย.
1. พัฒนาโครงร่างการวิจัย	x						
2. เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	x	x					
3. สืบค้นรายงานการศึกษา		x	x				
4. รวบรวมข้อมูลจากการศึกษา			x	x			
5. ประเมินคุณภาพเอกสาร				x	x		
6. สกัดข้อมูล				x	x		
7. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม					x	x	
8. สรุป จัดทำรูปเล่มรายงานการศึกษา และเผยแพร่						x	x

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
16 มิ.ย. 2558
FWA 00013622 อนุมัติ.....

11.เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง,กนิษฐา บุญธรรมเจริญ.บทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบเปรียบเทียบกับรายได้ทางเศรษฐกิจจากยาสูบ.ใน:ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง,สุนิดา ปรีชาวงษ์,บรรณาธิการ.สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร:เจริญดีมั่นคงการพิมพ์;2557.หน้า 19-21.

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557[อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558].

3. ชูชัย ศุภวงศ์,สุภกร บัวสาย,จิตสิริ ธนภัทร.วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:ไซเบอร์เพรส;2542.

4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.วัยรุ่นสูบบุหรี่: ปัญหาและแนวทางแก้ไข.กรุงเทพฯ:มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่;2548.

5. Johnson,R.A.,Hoffmann,J.P. Adolescent Cigarette Smoking in U.S Racial/Ethnic Subgroup:Finding from the National Education Longitudinal Stydy.Journal of Health and Social Behavior.2000;41:392-407.

6. Kirby,J.B.The Influence of Parental Separation on Smoking Initiation in Adolescents. Journal of Health and Social Behavior.2002;43:56-71.

7. บุษบา สงวนประสิทธิ์.การเลือกใช้ข้อมูลในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ:Evidence-Based Health Promotion.ใน;สุปรียา ตันสกุล,บรรณาธิการ.ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์(ฉบับปรับปรุง).พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:ยุทธรินทร์การพิมพ์;2548.หน้า 189-205

8. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล,สตรีรัตน์ รุจิระชาคร,ไอยรดา มารีอัมมัน.คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2556.

9. ศรีรัช ลอยสมุทร.บทที่ 6 สถานการณ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่.ใน:ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์,ปวีณา ปั้นกระจ่าง,สุนิดา ปรีชาวงษ์,บรรณาธิการ.สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร:เจริญดีมั่นคงการพิมพ์;2557.หน้า 37-40.

10.ณัฏฐินี จันทร์ก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร(วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร;2543.

11.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี,ประศักดิ์ สันติภาพ. การทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ;2547.

12.นันทิชา ภาชา.พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต).กรุงเทพฯมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2550.

13.สุรัตนา พรวิวัฒนชัย.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล;2553.

14.Eleni L. Tolma ,Prospective Associations Between Youth Assets , Neighborhood Characteristics and No-Tobacco Use among youth : Differences by Gender ,The Health Educator ,Spring 2013,Vol. 45 , No.1.

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

15.สมพล วันต๊ะเมล์. แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ18 ก.พ. 2558].แหล่งข้อมูล: www.thaipopulation.org

16.พรรณี ปานเทวัญ. ความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองทัพบกไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2553; ฉบับพิเศษ:59-65.

12. ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหลัก ผู้ร่วมวิจัย และที่ปรึกษาทุกคน (เอกสารแนบ)

ผู้วิจัยหลัก (1)

(นางสาวจุรีย์ อุสาหะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้ร่วมวิจัย (2)

(นางสาวฐิติพร กันวิหค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

ผู้ร่วมวิจัย (3)

(นางสาวเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้ร่วมวิจัย (4)

(นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ที่ปรึกษา (5)

(ผศ.ดร. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

ภาคผนวก

1. รายละเอียดงบประมาณและแหล่งทุน

รายละเอียดงบประมาณโครงการวิจัย ปีงบประมาณ 2558

		รหัสโครงการวิจัย 7/58-759
โครงการ	(ภาษาไทย) การสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย (ภาษาอังกฤษ) Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths	
หัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาว จุรีย์ อุสาหะ	
หน่วยงาน	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
รายการ		**งบประมาณ**
1. ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร		
1.1 ค่าตอบแทนนักวิจัย		
1) นางสาว จุรีย์ อุสาหะ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		2,650
2) นางสาว ฐิติพร กันวิหค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ		2,650
3) นางสาวเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ		2,650
4) นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ		2,650
1.2 ค่าตอบแทนที่ปรึกษา		
1) ผศ.ดร. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2,000 บาท x 5 ครั้ง)		10,000
2. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (เช่น ค่าตอบแทน ค่าจ้างเหมา) แยกเป็นรายกิจกรรม		
2.1 ค่าตอบแทนการเก็บข้อมูล		
2.1.1 ค่าบริการในการสืบค้นข้อมูลผลงานวิชาการตามห้องสมุดต่างๆ (50 บาท x 200 เรื่อง)		10,000
2.2 ค่าใช้สอย		
2.2.1 ค่าจ้างเหมาถ่ายสำเนาเอกสารเพื่อนำมาทบทวน (0.50บาท x 40,000 แผ่น)		20,000
2.2.2 ค่าจ้างเหมาพิมพ์เอกสารขนาด เอ4 (20 บาท x 200 หน้า)		4,000
2.2.3 ค่าจ้างแปลเอกสาร ขนาดเอ 4 (400 บาท x 25 หน้า)		10,000
2.2.4 ค่าจัดทำเอกสารรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมเข้าเล่ม (200 บาท x 10 เล่ม)		2,000
2.2.5 ค่าพาหนะเดินทาง/น้ำมันเชื้อเพลิงในการไปสืบค้น เก็บรวบรวมข้อมูล/ประชุม		3,000

รายการ	งบประมาณ
2.3 ค่าจัดประชุมของคณะผู้วิจัยร่วมกับที่ปรึกษาและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ครั้ง	
2.3.1 ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ x 5 ครั้งๆ ละ 80 บาท x 12 คน	4,800
2.3.2 ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 2 มื้อ x 5 ครั้งๆ ละ 35 บาท x 12 คน	4,200
2.3.3 ค่าจัดทำเอกสารประกอบการประชุม 5 ครั้งๆ ละ 100 บาท x 12 ชุด	6,000
2.4 ค่าวัสดุสิ้นเปลือง/วัสดุสำนักงานในการทำงานและเก็บข้อมูลได้แก่กระดาษเอ4,ผงหมึกprinter	10,000
2.5 ค่าวัสดุคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ฮาร์ดดิสก์ภายนอก (External hard disks)	3,500
2.6 ค่าวัสดุหนังสือ วารสาร และตำรา	12,000
3. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	
3.1 ค่าจัดซื้อเอกสารวิชาการเพื่อนำมาทบทวน (1,500 บาท x 11 เรื่อง)	16,500
หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายกันได้ ยกเว้นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	**126,600**

2. ประวัติผู้วิจัยทุกคน และที่ปรึกษา

ประวัติคณะผู้วิจัย (1)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว จุรีย์ อุสาหะ

   ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Juree Usaha

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3509901507880

3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

   เงินเดือน (บาท) 53,080

   เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์)

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

   กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 02 590 3032, 085 1195467 โทรสาร 02 590 3032

   E-mail : usahaju@gmail.com

5. ประวัติการศึกษา

   - ศิลปศาสตร์บัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี 2528
   - วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2542

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

   - การติดตามและการประเมินผล
   - การบริหารจัดการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศโดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : การประเมินผลโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 ปี 2542 - 2543

8. งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า 1 เรื่อง)

8.3.1 การประเมินผลผู้ปฏิญาณตนโครงการสังคมไทยงดเหล้าเข้าพรรษาปี 2547
(เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมควบคุมโรค ปีที่ 30 ฉบับที่ 3)

8.3.2 การส่งเสริมสวัสดิภาพและความปลอดภัยของรถนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในประเทศไทย : กรณีศึกษา 4 ภาค ภาคกลาง จังหวัดนครปฐม ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดศรีสะเกษ ปีที่พิมพ์ 2548

9 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่าได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

- การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557

ประวัติคณะผู้วิจัย (2)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว ฐิติพร กันวิหค
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Titiporn Gunvihok
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3659900104942
3. ตำแหน่งปัจจุบันนักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
เงินเดือน (บาท) 18,480, เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์)
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์ 02 580 7161 โทรสาร 02 580 7162email : snickys3005@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
   - วิศวกรรมศาสตร์บัณฑิต (วิศวกรรมอุตสาหการ) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปี 2546
   - วิศวกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต (วิศวกรรมอุตสาหการ) มหาวิทยาลัยนเรศวร ปี 2552
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
Information Technology, Quality Management
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย
7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
16 มิ.ย. 2558
FWA 00013622 อนุมัติ.....

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

8. งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า 1 เรื่อง)

8.1 ฐิติพร กันวิหค และภาณุ บูรณจารุกร. (2551), แนวคิดในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริกรธุรกิจใน จังหวัดพิษณุโลก ในการประชุมวิชาการเครือข่ายวิศวกรรมอุตสาหการ ในวันที่ 20 – 22ตุลาคม 2551 จังหวัดสงขลา. คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หน้า 206)

8.2 ฐิติพร กันวิหค และภาณุ บูรณจารุกร. (2552), การพัฒนาระบบเครือข่ายบริกรธุรกิจที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในจังหวัดพิษณุโลกใน การประชุมวิชาการเครือข่ายวิศวกรรมอุตสาหการ ในวันที่ 21 – 22ตุลาคม 2552จังหวัดขอนแก่น. คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

9. งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่าได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

ประวัติคณะผู้วิจัย (3)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล
   ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Seranee Julasereekul
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3100901866052
3. ตำแหน่งปัจจุบันนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   เงินเดือน (บาท) 42,060
   เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์)
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
   - สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
   - โทรศัพท์ 02 580 9264 โทรสาร 02 580 6961
   - E-mail : haiju960@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
   - วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล
   - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
   - สาขาการพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา , การบริหารจัดการโครงการ และการพัฒนาชุมชน
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือ ผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มี.ค. 2558

7.1หัวหน้าโครงการวิจัย :

1) ศึกษาชุมชนเข้มแข็งในกรุงเทพมหานครกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านเดี่ยว พื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยชาย สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี
3) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตในการพัฒนาเครือข่ายแกนนำเยาวชนร่วมใจต้านภัยสุราและยาสูบ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

7.2 ผู้ร่วมการศึกษาวิจัย :

1) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ปี 2542
2) การประเมินผลโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติ ปี 2542-2543
3) ศึกษาชุมชนเข้มแข็งในกรุงเทพมหานครกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
4) ศึกษาการประเมินผลโครงการอบรม เรื่อง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สำหรับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและครูอนามัย ปี 2545
5) วิจัยการส่งเสริมสวัสดิภาพ และความปลอดภัยของรถนักเรียนประถมศึกษา และมัธยมศึกษาในประเทศไทย ปี 2548
6) สำรวจความสามารถของประเทศไทยในการปฏิบัติตามนโยบายการควบคุมยาสูบ (National Tobacco Control Capacity Assessment – Thailand) ปี 2551
7) ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำเยาวชนต้านภัยสุราและยาสูบ พื้นที่กรุงเทพมหานคร และส่วนภูมิภาค ปี 2551 - 2552
8) ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ ในระดับจังหวัด ปี 2554

ประวัติคณะผู้วิจัย (4)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) (Mrs. Vilailak Haruhanpong)
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3909900579280
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เงินเดือน 36,320 บาท
4. ที่อยู่หน่วยงานที่ติดต่อได้
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
E-mail : vilailak_noy@hotmail.com

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

5.ประวัติการศึกษา

- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล

6.สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ

- สาขาการพยาบาลจิตเวช , ระบาดวิทยา

7.ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

หัวหน้าโครงการ

1.การประเมินความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 กรุงเทพฯ (ได้รับทุนวิจัยจากกรมควบคุมโรค ปี 2553)

2. การจัดการความรู้ในกลุ่มลูกเรือประมง เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในกลุ่มลูกเรือประมง จังหวัดปัตตานี ปี 2541

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ HIV ของหญิงขายบริการในจังหวัดปัตตานี ปี 2540

4. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจิต ของประชาชนในเขตเมืองและชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ได้รับทุนจากมูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ ปี 2534)

ผู้ร่วมวิจัย

1.การประเมินระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในสถานพยาบาลเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพปี 2553

2.การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่. สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ในทัณฑสถานแห่งหนึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2552

3. การศึกษาระบาดวิทยาของการเกิดโรคอุปทานหมู่ ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ได้รับรางวัลงานวิจัยดีจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2542)

ประวัติที่ปรึกษา (5)

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Sirima Mongkolsomlit

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน -

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อาคารปิยชาติ ชั้น 10 คลองหลวง ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ 08-1819-5488, โทรสาร 02-2418389

E-mail: tu.sirima@gmail.com

การศึกษา:

1993: Bachelor's degree in Nursing Science, Kaukarun College of nursing

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

1998: Graduate Diploma (Health information system development),
Faculty of Public health, Mahidol University
2006: Master degree in science (public health) major in infectious disease and epidemiology, Faculty of Public health, Mahidol University
2012: Doctor of Philosophy Program in Clinical Epidemiology,
Faculty of Medicine, ChiangMai University.

Professional Experiences

1993-2004: Registry Nurse, Burn Unit, Bangkok Metropolitan Medical college and Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan Administration, Thailand
2002-2006: Research coordinator of Diabetes Registry Project, The Endocrine society of Thailand, Thailand
2006-2007: Monitoring and Auditor, Clinical Research Collaboration Network (CRCN)
2005-2008: Data Management and Monitoring, Clinical Complication in Type 2 Diabetes Project. Department of Medicine Services, Ministry of Public Health
2008-Present: Lecturer, Faculty of Public Health. Thammasat University.

Current Professional Affiliation

1. Thai Nursing Council
2. International Epidemiological Association

รางวัล/อื่นๆ

2014 ทุนแลกเปลี่ยนนักวิจัยไทย-ออสเตรเลีย ของสถานทูตออสเตรเลีย ประจำประเทศไทย
2014 รางวัล Great Teacher of the Year 2014

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ :

ระบาดวิทยาและชีวสถิติ,
งานวิจัยแบบพหุสถาบัน,
การบริหารจัดการข้อมูลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ชื่อโครงการวิจัย	หน้าที่รับผิดชอบ	ปี ค.ศ.
โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน หัวหน้าโครงการ: นายแพทย์เพชร รอดอารีย์ แหล่งทุน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	นักวิจัยร่วม บริหารจัดการข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล	2003

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

ชื่อโครงการวิจัย	หน้าที่รับผิดชอบ	ปี ค.ศ.
โครงการติดตามการเสียชีวิตผู้ป่วยในโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน หัวหน้าโครงการ: นายแพทย์ธงชัย ปฏิภาณวัตร แหล่งทุน: : สภาวิจัยแห่งชาติ (ผ่านเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน)	นักวิจัยร่วม บริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	2005
โครงการประเมินโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หัวหน้าโครงการ: นายแพทย์สมเกียรติ โพธิสัตย์ แหล่งทุน: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษาการบริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	2007
โครงการการวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการเกิดไมโครแอลบูมินนูเรีย ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หัวหน้าโครงการ: อ.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ แหล่งทุน: : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หัวหน้าโครงการ	2009
โครงการการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากอุตสาหกรรมหัวหน้าโครงการ: รศ.ดร. นันทวรรณ วิจิตรวาทการ แหล่งทุน: : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)	นักวิจัยร่วม วิเคราะห์ข้อมูล	2010
โครงการจัดบริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร หัวหน้าโครงการ: รศ.ดร. นันทวรรณ วิจิตรวาทการ แหล่งทุน: สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ เขต 13	นักวิจัยร่วม บริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	2010
โครงการศึกษาประสิทธิผลของการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่ามะนาว จังหวัดลพบุรี หัวหน้าโครงการ: อ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ แหล่งทุน: : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หัวหน้าโครงการ	2011
Assessment of National Emergency Preparedness using SEARO benchmarks หัวหน้าโครงการ: อ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ แหล่งทุน: องค์การอนามัยโลก	หัวหน้าโครงการ	2012
โครงการ การศึกษาเปรียบเทียบการตอบสนองความต้องการศูนย์พักพิงในภาวะฉุกเฉิน ในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดนนทบุรี หัวหน้าโครงการ: รศ.ดร. นิตยา วัจนะภูมิ แหล่งทุน: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)	นักวิจัยร่วม	2012

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มี.ย. 2558

ชื่อโครงการวิจัย	หน้าที่รับผิดชอบ	ปี ค.ศ.
โครงการประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หัวหน้าโครงการ: ศ.นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล แหล่งทุน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	นักวิจัยร่วม	2013
โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวมในคลินิกชุมชนอบอุ่นละโรงพยาบาลในเครือ เขตกรุงเทพมหานคร หัวหน้าโครงการ: รศ.ดร. นันทวรรณ วิจิตรวาทการ แหล่งทุน: สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ เขต 13	นักวิจัยร่วม บริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	2014
โครงการสำรวจข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร หัวหน้าโครงการ: ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ แหล่งทุน: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ	หัวหน้าโครงการ	2014

งานวิจัย

1. Rawdaree P., Ngarmukos C., Deerochanawong C., Suwanwalaikorn S., Chetthakul T., Krittiyawong S., Benjasuratwong Y., Bunnag P., Kosachunhanun N., Plengvidhya N., Leelawatana R., Prathipanawatr T., Likitmaskul S., Mongkolsomlit S. Thailand diabetes registry (TDR) project: clinical status and long term vascular complications in diabetic patients. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S1-9

2. Bunnag P., Plengvidhya N., Deerochanawong C., Suwanwalaikorn S., Kosachunhanun N.,Benjasuratwong Y., Krittiyawong S., Leelawatana R, Pratipanawatr T., Ngarmukos C., Chetthakul T., Puavilai G., Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence of hypertension, treatment and control of blood pressure in hypertensive adults with type 2 diabetes. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S72-7

3. Leelawattana R. , Pratipanawatr T. , Bunnag P., Kosachunhanun N., Suwanwalaikorn S.,Krittiyawong S., Chetthakul T., Plengvidhya N., Benjasuratwong Y., Deerochanawong C., Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence of vascular complications in long-standing type 2 diabetes. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl1 :S54-9

4. Kosachunhanun N., Benjasuratwong Y., Mongkolsomlit S., Rawdaree P., Plengvidhya N.,Leelawatana R., Bunnag P., Pratipanawatr T., Krittiyawong S., Suwanwalaikorn S., Deerochanawong C., Chetthakul T., Ngarmukos C., Komoltri C. Thailand diabetes registry project: glycemic control in Thai type 2 diabetes and its relation to hypoglycemic agent usage. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S66-71

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

5. Pratipanawatr T., Rawdaree P., Chetthakul T., Bunnag P., Ngarmukos C., Benjasuratwong Y.,Leelawatana R., Kosachunhanun N., Plengvidhya N., Deerochanawong C., SuwanwalaikornS., Krittiyawong S., Mongkolsomlit S., Komoltri C. Thailand diabetes registry project: currentstatus of dyslipidemia in Thai diabetic patients. J Med Assoc Thai. 2006 Aug;89 Suppl1:S60-5

6. Plengvidhya N., Leelawatana R, Pratipanawatr T., Deerochanawong C, Krittiyawong S.,Bunnag P., Kosachunhanun N., Suwanwalaikorn S., Benjasuratwong Y., Chetthakul T., Ngarmukos C., Vannasaeng S., Mongkolsomlit S., Komoltri C., Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence and risk factors of stroke in Thai diabetic patients. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S49-53

7. Krittiyawong S., Ngarmukos C., Benjasuratwong Y., Rawdaree P., Leelawatana R., Kosachunhanun N., Plengvidhya N., Deerochanawong C., Suwanwalaikorn S., Pratipanawatr T., Chetthakul T., Mongkolsomlit S., Bunnag P.. Thailand diabetes registry project:prevalence and risk factors associated with lower extremity amputation in Thai diabetics.J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S43-8

8. Ngarmukos C., Bunnag P., Kosachunhanun N., Krittiyawong S., Leelawatana R., Prathipanawatr T., Plengvidhya N., Benjasuratwong Y., Suwanwalaikorn S.,Deerochanawong C., Chetthakul T., Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence, characteristics and treatment of patients with diabetic nephropathy. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S37-42

9. Chetthakul T., Deerochanawong C., Suwanwalaikorn S., Kosachunhanun N., Ngarmukos C.,Rawdaree P., Krittiyawong S., Leelawatana R., Bunnag P., Plengvidhya N., Pratipanawatr T.,Benjasuratwong Y., Mongkolsomlit S. Thailand diabetes registry project: prevalence of diabetic retinopathy and associated factors in type 2 diabetes mellitus. J Med Assoc Thai.2006 Aug ;89 Suppl 1 :S27-36

10.Chetthakul T., Likitmaskul S., Plengvidhya N., Suwanwalaikorn S., Kosachunhanun N.,Deerochanawong C., Krittiyawong S., Leelawatana R., Benjasuratwong Y., Bunnag P., Prathipanawatr T., Ngarmukos C., Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence of diabetic retinopathy and associated factors in type 1 diabetes mellitus. J Med Assoc Thai. 2006 Aug ;89 Suppl 1 :S17-26

11.Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Factors Affecting Microalbuminuria in Type 2 Diabetes:Meta-analysis. Srinagarind Med J 2010; 25(3): 185-193

12.Pratipanawatr T., Rawdaree P., Chetthakul T., Bunnag P., Ngarmukos C., Benjasuratwong Y.,Leelawatana R., Kosachunhanun N., Plengvidhya N., Deerochanawong C., SuwanwalaikornS.,

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

Krittiyawong S., Mongkolsomlit S., Komoltri C. Thailand Diabetic Registry: PredictingDeath in Thai Diabetic and Causes of Death. J Med Assoc Thai. 2010; 93 Suppl 1 :S12-20

13.Mongkolsomlit S. Information Technology Needs of Nurse in Bangkok Metropolotan Medical Collage and Vajira Hospital. Annual Technical Conference Document of Bangkok Metropolotan Medical Collage and Vajira Hospital, Thailand. 2000.

14.Mongkolsomlit S., Rawdaree P. Factors Affecting Microalbuminuria in Type 2 Diabetes:Meta-analysis. Srinagarind Med J 2010; 25(3) 185-193.

15.Mongkolsomlit S., Rawdaree P, Komoltri C, Tawichasri C., Patumanond J. The development and validation of a risk score for predicting microalbuminuria in type 2 diabetic patients. Journal of Diabetes Mellitus. Vol.2, No.2, 2012: 227-233. doi:10.4236/jdm.2012.22036

16.Mongkolsomlit S., Patumanond J., Tawichasri C., Komoltri C., Rawdaree P. Meta-Regression of risk factors for microalbuminuria in type 2 diabetes. Southeast Asian J trop Med public health. Vol 43 No. 2 March 2012: 455-466.

17. Mongkolsomlit S., Rawdaree P, Komoltri C, Tawichasri C, Patumanond J (2012) Effect of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and/or Angiotensin Receptor Blockers on the Prevention of Death in Patients with Type 2 Diabetes and Undetermined Nephropathy : Five-Year Survival Data. J Diabetes Metab 3:188. doi:10.4172/2155-6156.1000188

18. Pratipanawatr T., Rawdaree P., Chetthakul T., Bunnag P., Ngarmukos C., Benjasuratwong Y., Leelawatana R., Kosachunhanun N, Plengvidhya N., Deerochanawong C, Suwanwalaikorn S., Krittiyawong S., Mongkolsomlit S., Komoltri C. Smoking and death in Thai diabetic patients: the Thailand Diabetic Registry cohort. J Med Assoc Thai Vol. 96. 2013: 280-287.

19. Mongkolsomlit S., Negash H., Donchai Y., Rawdaree P. HbA1c, Self-care's behavior change and Quality of life of type 2 diabetes patient who used and non-used self-monitoring blood glucose in rural community. Journal of Public Health. Vol 43 (33) 2013: 230-242.

20. Longlalerng M., Taptagaporn S., Mongkolsomlit S. Prevalence and factors associated with work-related injury among small printing press workers in Samphanthawong district, Bangkok. Journal of Public Health Burapha University. Vol.9 No.1 (January-June) 2014: 24-35.

21. Tadadej C., Mongkolsomlit S., Suriyawongpaisarn P. Evolution of Emergency Medical Service Systems in Thailand: A Systematic Review. Journal of Health Science. Vol. 23 No.3 (May – June) 2014: 513-523.

22. Pataragesvit K., Phonsen D., Limsuwan S., Mongkolsomlit S., Silprasit K., Thummajitsakul S. Studies on Water Quality by Biological Indicators and Health Problems in a Canal-side

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มิ.ย. 2558

Community: Case Study in Moo 5, Tambol Ongkharak, Amphoe Ongkharak, Nakhonnayok Province. J. Res. Unit Sci. Technol. Environ. Learning Vol. 5 No. 1, 2014: 28-36.

23.Ponthas P., Thongyourn R., Keawmora N., Mongkolsomlit S.,Sirikul Thummajitsakul S.,Silprasit K. Health risks of sellers exposed to insecticides in fresh vegetables and fruits in a local market, Nakhonnayok province. Journal of health science research. Vol. 8 No. 2, July - December 2014: 17-24.

บทความวิชาการ

1) Mongkolsomlit S., Kolmontri C. "Ordianl logistic regression model (proportional odds model) in DMBN E-Journal 2005.

2) Mongkolsomlit S., Patumanond J., Rawdaree P. How to Detect and Handle Confounding Factors. Vajira Med J 2010; 54: 223-235

หนังสือ/ ตำรา

1) Mongkolsomlit S. Nursing care in scald burn patient. Meewong publishing company. Bangkok, Thailand. 2005.

2) สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. ระบาดวิทยาพื้นฐานและวิธีการทางสถิติ สำหรับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ.ใน หนังสือ การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2552, 3-39

3) สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. ชีวสถิติสาธารณสุข. โรงพิมพ์โปรเท็กซ์ กรุงเทพฯ, 2554. เอกสารประกอบการสอน

อื่นๆ

1) Mongkolsomlit S. Diabetes Database Development: DMSDD Program. Department of Medical Services. Ministry of Public Health, Thailand. 2007-2009.

2) Mongkolsomlit S. Epidemiology investigation. CAI. 2014

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค
FWA 00013622 อนุมัติ 16 มี.ค. 2558

ภาคผนวก ข.

แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพเอกสารงานวิจัย และสกัดข้อมูล

แบบประเมินคุณภาพเอกสารงานวิจัย และสกัดข้อมูล

เลขเอกสาร	
ผู้แต่ง	
ชื่อเอกสาร	
ฐานข้อมูล	
วัตถุประสงค์	
ขนาดตัวอย่าง	
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิธีการเลือกตัวอย่าง
วิธีการเก็บข้อมูล	
สถานที่ทำการศึกษา	

<u>เกณฑ์การประเมินคุณภาพเอกสาร</u>

☐ วัตถุประสงค์การศึกษาเกี่ยวข้องในประเด็น social ecological model

☐ อธิบายที่มาของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน

☐ อธิบายระเบียบวิธีวิจัยชัดเจน

☐ กรณีเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ มีการควบคุมอคติ ตัวแปรกวน

☐ กรณีเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา

☐ กรณีเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบสามเส้า

☐ กรณีเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้วิจัยตั้งแต่ 2 ท่าน ในการตีความและสรุปรายงานวิจัย

<u>สรุป</u>

☐ ผ่านการประเมินคุณภาพ (ทุกข้อผ่านการประเมิน)

☐ ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพ

สกัดผลการศึกษา

ประเด็นทางด้าน social ecological model	ข้อมูล
ตัวบุคคล เช่น ความตระหนัก ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความชอบส่วนบุคคล	
ระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดความเป็นตัวตน บทบาทของบุคคล และการช่วยเหลือ	
สถาบัน/องค์กร เช่น กฎระเบียบ นโยบาย กระบวนการ สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างไม่เป็นทางการในองค์กรหรือระบบ	
ชุมชน เช่น เครือข่ายสังคม ค่านิยม มาตรฐาน สังคม และธรรมเนียมปฏิบัติระหว่างองค์กร	
นโยบายสาธารณะ เช่น นโยบาย กฎข้อบังคับ และกฎหมาย	
อื่นๆ	

ภาคผนวก ค.

บทความที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เพื่อประเมินคุณภาพเอกสารและสกัดข้อมูล

บทความที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า – คัดออก เพื่อประเมินคุณภาพเอกสารมีทั้งสิ้น 26 บทความ ประกอบด้วย

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ผู้แต่ง
1	ผลการใช้โปรแกรมเชิงป้องกันที่มีต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	อาจารย์ ดร. สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล
2	พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลแม่อาย อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่	จันทนา คำน้อย
3	ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี	ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ
4	การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในจังหวัดร้อยเอ็ด	สังวาล เจริญรบ และคณะ
5	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย	ศิริญญา ชมขุนทด และคณะ
6	การพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดกาฬสินธุ์	รศ.ดร.วรรณชนก จันทชุม
7	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตราด	กมลภู ถนอมสัตย์ และรัชนี สรรเสริญ
8	ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	วิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิรดี แซ่ลิ่ม
9	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่ไม่สูบบุหรี่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเขาสมิงวิทยาคม จังหวัดตราด	โชคชัย สาครพานิช
10	Phenomenon Patterns and Conceptual Model of Retailers in Rural Areas Affecting Casual Factors in Selling Tobacco Products to Youth	Chakkraphan Phetphum et.al
11	ปัจจัยด้านจิตใจและลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่	วันเพ็ญ ธุรกิตต์วัณณการ และรพีกรณ์ เปี่ยมพืช

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ผู้แต่ง
12	ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร	สุวรรณี จรูงจิตรอารี และคณะ
13	ปัจจัยคัดสรรในการทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับการสูบบุรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์รักษ์ จ.นครนายก	จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ
14	Development of Causal Factors Model that Affect Relapse Smokers Who Quit Smoking in Yala Municipality	Vorrapot Saelee et.al
15	TOBACCO SMOKING BEHAVIOR IN YOUTH OFFENDERS	Supakit Dumrongpiwat et.al
16	Health Risk Behavior Among Thai Youth: National Survey 2013	Tawima Sirirassamee and Buppha Sirirassamee
17	A Multilevel Study of Smoking among Youths in School at Buriram Province	Chutima Deesawat et.al
18	PERCEPTIONS OF THE PREVALENCE OF CIGARETTE SMOKING BY PEERS: A STUDY OF TAIWANESE, FILIPINO, AND THAI HIGH SCHOOL STUDENTS	Randy M Page et.al.
19	Thai Parenting Practices, Family Rituals and Risky Adolescent Behaviors: Alcohol Use, Cigarette Use and Delinquency	Brenda A. Miller et.al.
20	Risk Factors of Tobacco use Among Thai Adolescents: Finding from International Tobacco Control Policy Survey Southeast Asia (ICT-SEA)	Tawima Sirirassamee et.al.
21	Thai Adolescents' Normative Beliefs of the Popularity of Smoking Among Peers, Adults, the Successful and Elite, and Parent	Randy M. Page et.al.
22	Risk Factors of Future Smoking Among Thai Youth: A Secondary Analysis of the Thai Global Youth Tobacco Survey	Gyeongsil Lee et.al.

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ผู้แต่ง
23	Effects of a Cigarette Smoking Prevention Program among Junior High School Students in North-East Thailand: A Pilot Survey	Anun Chaikoolvatana et.al
24	Smoking Behavior Among 84,315 Open-University Students in Thailand	Cha-aim Pachanee et.al
25	Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand	Nithat Sirichotiratana et.al
26	Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training	Nuananong Seal

ภาคผนวก ง.

บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพเอกสาร ที่ใช้ในการศึกษา

บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพเอกสารที่ใช้ในการศึกษา มีทั้งสิ้น 18 บทความ ประกอบด้วย

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ผู้แต่ง
1	ผลการใช้โปรแกรมเชิงป้องกันที่มีต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	อาจารย์ ดร. สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล
2	พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลแม่อาย อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่	จันทนา คำน้อย
3	ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี	ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ
4	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย	ศิริญญา ชมขุนทด และคณะ
5	การพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดกาฬสินธุ์	รศ.ดร.วรรณชนก จันทชุม
6	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตราด	กมลภู ถนอมสัตย์ และรัชนี สรรเสริญ
7	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่ไม่สูบบุหรี่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเขาสมิงวิทยาคม จังหวัดตราด	โชคชัย สาครพานิช
8	Phenomenon Patterns and Conceptual Model of Retailers in Rural Areas Affecting Casual Factors in Selling Tobacco Products to Youth	Chakkraphan Phetphum et.al
9	ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร	สุวรรณี จรูงจิตรอารี และคณะ
10	TOBACCO SMOKING BEHAVIOR IN YOUTH OFFENDERS	Supakit Dumrongpiwat et.al
11	A Multilevel Study of Smoking among Youths in School at Buriram Province	Chutima Deesawat et.al

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ผู้แต่ง
12	Thai Parenting Practices, Family Rituals and Risky Adolescent Behaviors: Alcohol Use, Cigarette Use and Delinquency	Brenda A. Miller et.al.
13	Risk Factors of Tobacco use Among Thai Adolescents: Finding from International Tobacco Control Policy Survey Southeast Asia (ICT-SEA)	Tawima Sirirassamee et.al.
14	Thai Adolescents' Normative Beliefs of the Popularity of Smoking Among Peers, Adults, the Successful and Elite, and Parent	Randy M. Page et.al.
15	Risk Factors of Future Smoking Among Thai Youth: A Secondary Analysis of the Thai Global Youth Tobacco Survey	Gyeongsil Lee et.al.
16	Effects of a Cigarette Smoking Prevention Program among Junior High School Students in North-East Thailand: A Pilot Survey	Anun Chaikoolvatana et.al
17	Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand	Nithat Sirichotiratana et.al
18	Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training	Nuananong Seal

ภาคผนวก จ.

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่
ระหว่างกรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงมีพระราชดำรัส เมื่อวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยทรงมีความห่วงใยถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙) พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ อีกทั้งอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนยังมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น การดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินการป้องกันการริเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือฉบับนี้ จัดทำขึ้นระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่ อีกทั้งเพื่อเป็นการแสดงถึงเจตนารมณ์อันมุ่งมั่นและความตั้งใจร่วมกันในการดำเนินการควบคุมยาสูบในโรงเรียน โดยมุ่งหวังให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันการบริโภคยาสูบในโรงเรียนให้ปรากฏผลเป็นรูปธรรม โดยมีข้อตกลงร่วมกัน ดังนี้

๑. สนับสนุนให้เกิดนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ และจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนและดำเนินการควบคุมยาสูบในโรงเรียน

๒. สนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ปลอดบุหรี่ ตามที่กฎหมายกำหนด และห้ามขายบุหรี่ในโรงเรียน รวมถึงเฝ้าระวังมิให้มีการสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน เพื่อป้องกันการริเริ่มสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน

๓. สนับสนุนให้เกิดค่านิยมไม่สูบบุหรี่ให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน และรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในโรงเรียน

๔. สนับสนุนให้มีการบูรณาการความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ รวมถึงกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ในรายวิชา และกิจกรรมต่างๆ ทั้งในและนอกหลักสูตร

๕. สนับสนุนและช่วยเหลือนักเรียนรวมทั้งบุคลากรในโรงเรียน ที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้เข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้

๖. งดเข้าร่วมกิจกรรม หรือการสนับสนุนใดๆ จากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบ ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (Corporate Social Responsibility : CSR)

ทั้งนี้ สามหน่วยงานจะประสานความร่วมมือระหว่างกันและสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามบันทึกข้อตกลงข้างต้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างต่อเนื่อง

ให้ใช้ข้อตกลงฉบับนี้ตั้งแต่วันที่ลงนามเป็นต้นไป

วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖

.....	.....	.....
(นายอภิชาติ จีระวุฒิ)	(นายแพทย์โสภณ เมฆธน)	(ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ)
เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	อธิบดีกรมควบคุมโรค	เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่