



ปัจจัยด้านจิตใจและลักษณะบุคลิกภาพ ของวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่

วันเพ็ญ อรุณรัตน์, รพีภรณ์ เปี่ยมพิช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะด้านสุขภาพจิตและบุคลิกภาพของวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ทุกวัน ติดต่อกันมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จนถึง ปัจจุบัน จำนวน 120 คน ทดสอบโดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ MMPI และแบบ คัดกรองสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรอง GHQ 28 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (T-Score) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่มีลักษณะไม่ชอบเผชิญกับความจริงมี แนวโน้มที่จะแยกตัวชอบคิดเพื่อฝัน (SC ค่า T = 73) มีภาวะซึมเศร้าไม่พึงพอใจในชีวิตของตนเอง มองโลกแง่ร้าย ยึดตนเอง เป็นศูนย์กลาง (D และ HS ค่า T = 70) นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ด้วยแบบคัดกรอง สุขภาพจิต Thai GHQ 28 พบว่า ร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 49.17 มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 10.83 มีอาการทางกาย และมีความบกพร่องทางสังคมร้อยละ 2.5 ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 55.83 อยู่ในช่วงอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 35 อยู่ในช่วงอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 5.83 อยู่ในช่วงอายุ 19-21 ปี และ ร้อยละ 3.33 อยู่ในช่วงอายุ 22-24 ปี ปัจจัยที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่นั้นพบว่า เพื่อนชวน ร้อยละ 68.33 อยากลองเอง ร้อยละ 12.5 และคนใน ครอบครัวสูบ ร้อยละ 19.17 ส่วนความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 80.83 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ และ ร้อยละ 19.17 ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่

คำสำคัญ: บุคลิกภาพ, การสูบบุหรี่, การทดสอบทางจิตวิทยา

ผู้พิมพ์ประสานงาน

วันเพ็ญ อรุณรัตน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 อำเภอบางกร่าง จังหวัดนครนายก 26120

อีเมล: wanpen2550@yahoo.com

The characteristics of psychological factors and personality in young male smokers

Wanpen Turakitwanakan, Rapeekorn Paimpuech

Department of psychiatry Faculty of Medicine Srinakharinwirot University

Abstract

The purpose of this study was to examine the health status and personality of young male smokers who have smoked everyday for one year. A total of 120 participants were examined with the personality questionnaire MMPI and the health questionnaire GHQ28. Data analysis was done using the average percentage and standard deviation of the T-score. Our studies showed that the subjects had a personality trait that avoid facing reality had a tendency to isolate and be fantasy (SC value T = 73). They were depressed, unsatisfied with their lives, had a pessimistic world view, and were self-centered (D and HS value T = 70). Furthermore, examination of the mental health status using the Thai GHQ 28 found that 37.6% were depressed, and 49% had anxiety and sleep difficulties. In addition, 10.8% had somatic problems and 2.5% had social withdrawal. Considering the period of start smoking, 55.83% started smoking at the age of 13 to 15, 35% at the age of 16 to 18, 5.83% at the age of 19 to 21 and another 3.33% at the age of 22 to 24. Among the factors initiated smoking behavior, introduction by friends accounted for 68.3% of the participants, self-experimentation for 12.5%, and having smoked family members for 19.2%. As for the intention to quit smoking, 80.8% of the participants who tried to quit smoking failed while 19.2% never tried.

Keywords: Personality, Smoking cigarettes, Psychological test

Corresponding author

Wanpen Turakitwanakan

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Srinakharinwirot University

62 Moo 7 Ongkharak District, Nakhon-Nayok Province 26120

E-mail: wanpen2550@yahoo.com

■ บทนำ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่นับเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เป็นสิ่งที่มีพิษและทำลายสุขภาพของผู้เสพและบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากข้อมูลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่นั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางกายต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเส้นเลือดในสมองตีบ ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบ โรคหืด และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น¹ บุหรี่ยังได้ชื่อว่าเป็นประตูด่านแรกของการนำไปสู่การใช้สารเสพติดประเภทอื่นๆ และยังมีความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มเหล้า การเที่ยวกลางคืน การมีเพศสัมพันธ์ การเล่นเกมพนัน และ การใช้สารเสพติดอื่นๆ อีกด้วย นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากมายจากการที่รัฐบาลจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากการสูบบุหรี่และผู้ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่² จากการสำรวจของ national household ของสหรัฐอเมริกา ในปี 1998 พบว่านิสัยการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นโดยในแต่ละวันจะมีประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนกว่า 2,000 คน ที่เริ่มสูบบุหรี่และนอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับไฮสคูล มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น^{3,4} บุคคลที่สูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยนั้นการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นไปได้ยากหรือถ้าเลิกแล้วโอกาสที่จะกลับมาสูบบุหรี่อีกนั้นสูงมาก ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าในแต่ละปีมีผู้พยายามเลิกสูบบุหรี่ เกือบ 35 ล้านคน และพบว่าน้อยกว่า 7% ของผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ยอมรับว่าพวกเขาต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี ในการเลิกสูบบุหรี่และส่วนใหญ่จะกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งหลังหยุดสูบเพียงไม่กี่วัน⁵ อายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่คือ 13-14 ปี และอายุเฉลี่ยที่เสพติดบุหรี่ของคนไทยคือ 18 ปี ในปี พ.ศ. 2544 มีวัยรุ่นไทยที่อายุต่ำกว่า 19 ปี เสพติดบุหรี่แล้ว 375,900 คน และสูบเป็นครั้งคราว 78,000 คน นอกจากนี้ในแต่ละปีมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรี่ใหม่และกลายเป็นผู้ที่ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ 200,000 ถึง 300,000 คน ทดแทนผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตหรือเลิกสูบทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ไทยคงที่อยู่ที่ 11 ล้านคน ในยี่สิบปีที่ผ่านมามีเยาวชนไทยที่เสพติดบุหรี่แล้วโดยเฉลี่ยจะเสพติดบุหรี่ต่อไปเป็นเวลา 23 ปี ทั้งๆ ที่กว่าร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่ที่เสพติดบุหรี่ต้องการที่จะเลิกสูบแต่เลิกไม่สำเร็จเพราะอำนาจเสพติดที่สูงมากๆ ของบุหรี่โดยเฉลี่ยเยาวชนไทยที่สูบบุหรี่สูบบุหรี่วันละ 8.3 มวน หากคิดเป็นเงินจะตกวันละเกือบยี่สิบบาท⁶

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของบุคคลพบว่า อาการความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า อาการของกลุ่มโรควิตกกังวลเป็น

ปัจจัยภายในที่ทำให้บุคคลเริ่มสูบบุหรี่โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีอาการดังกล่าว ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลอย่างมากมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการดังกล่าว⁷ ซึ่งพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่จะเข้าไปกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอารมณ์แห่งความสุขความพึงพอใจ ในขณะที่เดียวกันยังรวมถึงการไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้มีการสูบบุหรี่มากขึ้นจึงต้องสูบบวนต่อไปเรื่อยๆ จนเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินในบุหรี่และเกิดการเสพติดในที่สุด⁸

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางจิตวิทยากับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่มักจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำเนื่องจากพวกเขาเหล่านี้มักคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความล้มเหลวที่ไม่สามารถทำตามความคาดหวังของครอบครัวและสังคมได้⁹ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นการทราบถึงปัจจัยอื่นๆ ก็มีผลสำคัญในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ปัจจัยสำคัญที่เป็นเหตุผลของการสูบบุหรี่ที่พบบ่อยที่สุดจากการศึกษาต่างๆ พบว่าเป็นเพื่อนชวน อยากรอง ตามเพื่อน โฆษณาชวนเชื่อจากสื่อ การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับสารเสพติดซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยทางสังคม ในส่วนของการศึกษา ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพ หรือปัจจัยภายในของผู้สูบบุหรี่นั้นจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ในประเทศไทยพบว่าข้อมูลส่วนนี้ยังน้อยมากดังนั้นการศึกษาลักษณะด้านจิตใจของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ จะอ้างอิงให้ทราบถึงปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่ได้มากกว่าและสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาดังนี้เป็นแนวทางสำหรับหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

■ วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะด้านสุขภาพจิตและบุคลิกภาพของกลุ่มวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 17-25 ปี สูบบุหรี่ทุกวันเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ช่วงเดือนพฤศจิกายน-กุมภาพันธ์ 2550 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบ MMPI และแบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 28 ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับการทดสอบโดยนักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และคิดคะแนนตามเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือแต่ละชนิดและนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

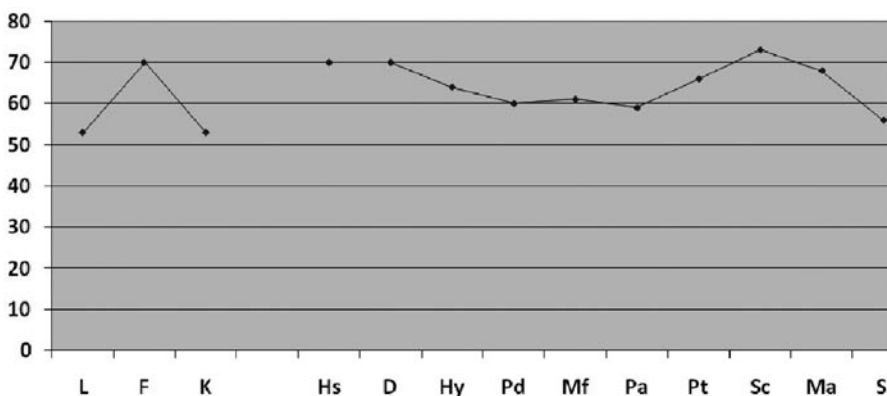
ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะด้านบุคลิกภาพและปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่โดยใช้แบบทดสอบ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) พัฒนาโดย ดร. Starke Hathaway และนายแพทย์ J. Charnley McKinley (1943) แปลเป็นภาษาไทยโดย อ.เกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว จากภาควิชาครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹⁰ ซึ่งแบบทดสอบที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นฉบับสั้นประกอบด้วยข้อคำถาม 399 ข้อ และตรวจนับคะแนนโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งพัฒนาโดย รศ.รท.สิริชัย หงส์ยันตรชัย ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง การแปลผลของแบบทดสอบ MMPI ใช้เกณฑ์ตัดสินว่าผู้รับการทดสอบจัดอยู่ในกลุ่มคะแนนปกติ กลุ่มคะแนนสูง หรือกลุ่มคะแนนต่ำ โดยดูจากคะแนนมาตรฐาน T (T-score) โดยกลุ่ม “คะแนนปกติ” คือ กลุ่มที่ได้คะแนน T ระหว่าง 40-70 “คะแนนสูง” คือกลุ่มที่ได้คะแนน T สูงกว่า 70 และ “คะแนนต่ำ” คือ กลุ่มที่ได้คะแนน T ต่ำกว่า 40¹¹ และแบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 28 เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ผู้รับการทดสอบสามารถตอบได้ด้วยตนเองมีค่าความน่าเชื่อถือและค่าความ

ตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (Internal consistence) มีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84-0.94 มีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1-85.3 และค่าความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4-89.7 ซึ่ง Thai GHQ 28 นี้ แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย ข้อ 8-14 เป็นอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ข้อ 15-21 เป็นความบกพร่องทางสังคม และข้อ 22-28 เป็นอาการซึมเศร้า การแปลผล Thai GHQ 28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยถ้า 6 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

■ ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่มีบุคลิกลักษณะที่ไม่ชอบเผชิญกับความจริงและมีแนวโน้มที่จะแยกตัวชอบคิดเพื่อฝัน (SC ค่า T = 73) มีภาวะซึมเศร้า ไม่พึงพอใจในชีวิตของตนเอง มองโลกแง่ร้าย ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และมีความกังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย (D และ HS ค่า T = 70) ดังรูปที่ 1

นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต ThaiGHQ 28 พบว่าร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 49.17 มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของบุคคลพบว่า อาการความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า อาการของกลุ่มโรควิตกกังวล เป็นปัจจัยภายในที่ทำบุคคลเริ่มสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีอาการดังกล่าวจะมีความเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 10.83 มีอาการทางกาย และมีความบกพร่องทางสังคมร้อยละ 2.5 ดังตารางที่ 1



รูปที่ 1 แสดง profile ลักษณะจิตใจของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ที่ตามแบบทดสอบ MMPI

หมายเหตุ: L,F,K วัดความเที่ยงตรงในการตอบ, Hs: Hypochondriasis, D: Depression, Hy: Hysteria, Pd: Psychopathic Deviate, Mf: Masculinity, Pa: Paranoia, Pt: Psychasthenia, Sc: Schizophrenia, Ma: Hypomania, Si: Social Introversion

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่

กลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางกาย	13	10.83
อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ	59	49.17
ความบกพร่องทางสังคม	3	2.5
อาการซึมเศร้า	45	37.5

ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในบุหรี่ยี่มีสารนิโคตินที่เข้าไปกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอารมณ์แห่งความสุขความพอใจ ในขณะที่เดียวกันยังรวมถึงการไม่ต้องรับรู้ปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้มีการสูบบุหรี่มากขึ้น จึงต้องสูบบวนต่อวนไปเรื่อยๆ จนเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินในบุหรี่ยี่ และเกิดการเสพติดในที่สุด⁷

นอกจากนี้จากรายงานการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีข้อบ่งชี้ว่า ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่สูบบุหรี่ยี่นั้นมีลักษณะชอบแสดงออก, มีความวิตกกังวล, ตึงเครียด, ซึมเศร้า และมีลักษณะอารมณ์หุนหันพลันแล่น^{12,13} และยังพบว่าโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีประวัติอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งผู้สูบบุหรี่ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดความรู้สึกเศร้าและอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้น มีหลักฐานที่ให้เห็นว่าสารนิโคตินในบุหรี่ยี่จะเข้าไปรบกวนการทำงานของสารเคมีในสมองช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความสุขความพึงพอใจเกิดขึ้นส่งผลให้มีความต้องการการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นได้ และการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่มีประวัติอาการซึมเศร่ายี่ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะทำให้มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นได้^{7,14,15,16} ขณะที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อผ่อนคลายความเครียด และลดความวิตกกังวล^{17,18} และยังพบว่าช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 13-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.83 ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ นพ.ประภคิต วาทีสาธกิต ที่รายงานไว้ว่าช่วงอายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่คือ 13-14 ปี ร้อยละ 35 อยู่ในช่วงอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 5.83 อยู่ในช่วงอายุ 19-21 ปี และ

ร้อยละ 3.33 อยู่ในช่วงอายุ 22-24 ปี ส่วนปัจจัยที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ยี่นั้นพบว่า ส่วนใหญ่ถูกเพื่อนชักชวนให้เริ่มสูบบุหรี่ยี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.33 รองลงมาคือ คนในครอบครัวสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 19.17 และอยากลองด้วยตัวเองคิดเป็นร้อยละ 12.5

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
13-15	67	55.83
16-18	42	35
19-21	7	5.83
22-25	4	3.33

สำหรับด้านการเลิกบุหรี่ยี่นั้นพบว่า ส่วนใหญ่มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ยี่แต่ไม่สำเร็จ คิดเป็น ร้อยละ 80.83 และร้อยละ 19.17 ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ยี่

■ สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตใจและบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นชาย ได้แก่ อาการซึมเศร้า มีความเครียดและความวิตกกังวล มองโลกแง่ร้าย ไม่กล้าเผชิญกับความจริงแยกตัวและมีความคิดเพื่อฝัน โดยช่วงวัยที่เริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดคือช่วงอายุ 13 ถึง 15 ปี รองลงมาคือ 16 ถึง 18 ปี ซึ่งปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้กลุ่มวัยรุ่นชายเริ่มสูบบุหรี่ คือ ถูกเพื่อนชักชวนและมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ สำหรับความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ยี่นั้นพบว่าส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ยี่แต่ไม่สำเร็จ

■ กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมากที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของงานวิจัยครั้งนี้ และให้การสนับสนุนเงินทุนเพื่อให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์เกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว ที่สนับสนุนและอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบ MMPI ขอพระคุณ รศ.รท.สิริชัย หงส์ยันตรชัย ที่สนับสนุนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับตรวจนับคะแนนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแบบทดสอบและการแปลผลวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยตลอดจนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

1. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. Human costs of tobacco use. *N Engl J Med* 1994;330:907-80.
2. Rice DP. Economic Costs of Substance Abuse. *Proc Assoc Am Physicians* 1999;111:119-25.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Summary of Findings form the National Household Survey on Drug Abuse. SAMHSA 2000;15:1-5
4. National Institute on Drug Abuse. Monitor the future, National Results on Adolescent Drug Use Overview of Key Findings. NIH Pub 2001;20:1-23.
5. Hughes JR. The future of smoking cessation therapy in United States. *Addiction* 1996;91:1797-802.
6. ประกิต วาทีสารกกิจ. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย: วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา. *มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*. กรุงเทพฯ 2549;8:1-18
7. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorder and stages of smoking. *Biological Psychiatry* 2004;55:69-76.
8. Martin WR, Van Loon GR, Iwamoto ET, et al. L, eds. *Tobacco Smoking and Nicotine*. New York : Plenum Publishing. 1987.
9. อุไร สุมาวิธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางจิตวิทยากับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร, วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. Kasemsak P. Adaptation of Minnesota Multiphasic Personality Inventory for use with university student in Thailand. Master thesis, Department. of education, Chulalongkorn university. 1965.
11. จีรัชย์ หงส์ยันตรชัย. การใช้แบบทดสอบ MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ในการทดสอบสุขภาพจิตและบุคลิกภาพสำหรับนักศึกษาวิชาเอกจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2546.
12. Gilbert DG, Mc Clernon FJ, Gilbert BO. The psychology of smoker. In: Bollinger CT, Fagerstrom KO, editors. *The tobacco epidemic*. *Prog Respir Res [Basel]* 1997;28:132-150.
13. Dakwar E, Poppo M, Coccaro EF. Lifetime history of cigarette smoking associated with aggression and impulsivity in both healthy and personality disordered volunteers. *J Pers Disord* 2011;25:645-55.
14. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929-32.
15. Greenberg JB, Ameringer KJ, Trujillo MA, et al. Associations between posttraumatic stress disorder symptom clusters and cigarette smoking. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002;41:1294-305.
16. Windle M, Windle RC. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and intrapersonal influences. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:215-26.
17. Herran A, de Santiago A, Sandoya M, et al. Determinants of smoking behavior in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;41:373-81.
18. McCloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:119-29.

