

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

พรนภา หอมสินธุ์¹, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์²

^{1,2} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E mail: ¹phomsin09@gmail.com, ²sroongrat12@gmail.com

Received: April 8, 2020

Revised: June 11, 2020

Accepted: August 27, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโสตศึกษา จำนวน 289 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95%CI ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49.5 และสูบบุหรี่ร้อยละ 24.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่ม (OR=5.63, 95%CI=2.843-11.129) การถูกชักชวนให้ดื่ม (OR=17.94, 95%CI=7.637-42.132) และการยอมรับการดื่มของพ่อแม่ (OR=2.10, 95%CI=1.105-3.994) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ (OR=2.36, 95%CI=1.001-5.564) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (OR=3.50, 95%CI=1.514-8.095) การสูบบุหรี่ของเพื่อน (OR=3.67, 95%CI=1.99-11.245) และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ (OR=24.84, 95%CI=6.980-88.363) ผลการศึกษานี้นำไปสู่ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวที่มีประสิทธิภาพและมีความเฉพาะเจาะจง เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต่อไป

คำสำคัญ: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การสูบบุหรี่, วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

Alcohol Drinking and Cigarette Smoking Among Thai Hearing Impaired Adolescents

Pornnapa Homsin¹, Rungrat Srisuriyawet²

^{1,2} Faculty of Nursing, Burapha university

E mail: ¹phomsin09@gmail.com, ²sroongrat12@gmail.com

Received: April 8, 2020

Revised: June 11, 2020

Accepted: August 27, 2020

Abstract

The purposes of this study were to identify the prevalence of alcohol drinking and cigarette smoking and to analyze the factors related to alcohol drinking and cigarette smoking among hearing impaired adolescents. The Theory of Triadic Influence (TTI) was used as a conceptual framework. The 289 participants were hearing impaired male and female upper secondary school students studying in schools for the deaf. Data were collected with questionnaires. Descriptive statistical analysis and binary logistic regression with a 95% confidence interval were used to analyze the data. The results of the study showed that the prevalence of alcohol drinking and cigarette smoking among hearing impaired adolescents were 49.5% and 24.8% respectively. Factors related to alcohol drinking were attitude towards alcohol drinking (OR=5.63; 95%CI=2.843-11.129), offers of alcohol drinking (OR=17.94; 95%CI=7.637-42.132) and parental approval of alcohol drinking (OR=2.10; 95%CI=1.105-3.994). Factors related to cigarette smoking were gender (OR=2.36; 95%CI=1.001-5.564), attitude towards alcohol drinking (OR=3.50; 95%CI=1.514-8.095), peer smoking (OR=3.67; 95%CI=1.99-11.245) and offers of smoking (OR=24.84, 95%CI=6.980-88.363). The study results contribute to the overall understanding and knowledge of alcohol drinking and smoking behaviors among hearing impaired adolescents. Accordingly, these findings will be useful to be as a guideline to plan and develop effective prevention programs tailored to the context of hearing impaired adolescents, in order to prevent them from alcohol drinking and cigarette smoking.

Keywords: Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, Hearing Impaired Adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญในสังคม จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมของวัยรุ่นในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นไทยยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องและยังไม่เห็นแนวโน้มที่ลดลงอย่างชัดเจน แม้จะมีมาตรการและนโยบายทั้งจากภาครัฐและทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง (Assanangkornchai, & Saingam, 2019a; Pitayarangsarit, & Pankrajang, 2018)

ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือคนพิการทางการได้ยินที่โดยทั่วไปเรียกว่าคนหูหนวกหูตึงในประเทศไทยมีจำนวนมากเป็นอันดับสองในจำนวนคนพิการทั้งหมด รองจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2019) จึงนับได้ว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาไม่แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป ผลการศึกษาสำรวจโดยการสำรวจนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ณ โรงเรียนโสตศึกษาแห่งหนึ่งจำนวน 88 คน เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 พบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ร้อยละ 23.9 และมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วถึงร้อยละ 50.7 ทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการของวัยรุ่นตามธรรมชาติเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มพิเศษนี้จะมีข้อจำกัดแตกต่างจากเด็กวัยรุ่นทั่วไป อาทิเช่น มีปฏิกริยาต่อสิ่งต่างๆรอบตัวช้าลงเพราะการไม่ได้ยินหรือได้ยินลดน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์และสังคมด้อยกว่าคนปกติ (Niyomthum, 2008)

จากการสำรวจพฤติกรรมในเด็กนักเรียนโรงเรียนเศรษฐเสถียรจังหวัดกรุงเทพมหานครพบว่า เด็กหูหนวกชั้นมัธยมศึกษาประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีปัญหาในด้านต่างๆคือ ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านอารมณ์ และด้านความประพฤติร้อยละ 31.9 27.8 และ 20.9 ตามลำดับ ส่วนครูและผู้ปกครองมีการประเมินสอดคล้องกันว่าเด็กมีปัญหาด้านอารมณ์มากที่สุด (Leelatanaporn, 2009) การศึกษาในต่างประเทศของ Peterson, O'Reilly and Wellman (2016) เปรียบเทียบระหว่างเด็กหูหนวกและเด็กปกติชาวออสเตรเลีย พบว่าเด็กหูหนวกมีข้อจำกัดทางสังคมมากกว่าเด็กปกติอย่างมาก โดยเด็กหูหนวกจะมีปัญหากับกลุ่มเพื่อน รวมถึงการมีพฤติกรรมแปลกแยกทางสังคมและการขาดเพื่อน มีโอกาสน้อยมากที่จะได้แสดงบทบาทผู้นำหรือได้รับการยอมรับชื่นชมในกลุ่มเพื่อน ข้อจำกัดต่างๆดังกล่าวนี้ย่อมทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีโอกาสมีปัญหาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่มีการทบทวนอย่างมีระบบ (systematic review) ของ Nagarajan and Okoli (2016) ซึ่งรวบรวมการศึกษาที่ผ่านมาจำนวน 24 เรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพิการทางกายอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางกายมีโอกาสเสี่ยงสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไป

การมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จนถึงก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ การก่อให้เกิดการเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญคือเป็นที่พิสูจน์กันมานานกว่า 20 ปีแล้วว่าวัยรุ่นที่ก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งๆจะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆตามมา (Leather, 2009) และจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดังกล่าวในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Merline, Jager, & Schulenberg, 2008) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนี้เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยง ทั้งปัจจัยในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Jankaew, Homsin, & Srisuriyawet, 2015; Wingkamon, Homsin, & Srisuriyawet, 2017; Obradors-Ria, Ariza, & Continente, & Muntaner, 2020) งานวิจัยดังกล่าวเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป มีการศึกษาที่ผ่านมามีจำนวนน้อยมากที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาของ Blum, Kelly, and Ireland (2001) ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว การเรียนรู้และอารมณ์ พบว่าปัจจัยด้านครอบครัว โรงเรียน และปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ยังมีข้อจำกัดอยู่มากในการที่อธิบายพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ที่ย่อมมีความแตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป ทั้งด้านการรับรู้ ความเชื่อ และบริบททางสังคม

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงสาเหตุของพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และมีความเฉพาะเจาะจง เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีความเข้มแข็งภายในตน อันจะเป็นภูมิคุ้มกันป้องกันมิให้มีพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มโอกาสและความเท่าเทียมทางสังคมของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) ของ Flay และ Petrait-

tis (1994) เชื่อว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นผลมาจากปัจจัยหรืออิทธิพลหลัก 3 ประการคือ อิทธิพลจากตัวบุคคลเอง (intrapersonal influences) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (attitudinal influences) และอิทธิพลระหว่างบุคคลหรืออิทธิพลทางสังคม (interpersonal /social influences) ในแต่ละอิทธิพลดังกล่าวประกอบด้วยตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆที่ถูกลำดับไว้ตามความสำคัญ ทฤษฎีนี้จึงช่วยในการคัดเลือกและจัดกลุ่มปัจจัยสำคัญที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศดังนี้ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การคาดการณ์เกี่ยวกับการดื่ม/สูบ การดื่ม/การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกชวนให้ดื่ม/สูบ การดื่ม/การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ การยอมรับการดื่ม/สูบบุหรี่ของพ่อแม่ และความผูกพันกับโรงเรียน ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ วัยรุ่นชายหญิงที่มีความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโสตศึกษา สังกัดสำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ จำนวน 20 แห่งทั่วประเทศไทย โดยอยู่ในเขตภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 951 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มเลือกโรงเรียนโสตศึกษาที่อยู่ในภูมิภาคต่างๆภูมิภาคละ 1 โรงเรียน และเก็บข้อมูลจากนักเรียนทุกคนในโรงเรียนที่สุ่มได้ (cluster random sampling) หากกลุ่มตัวอย่างไม่

เพียงพอจะสู้โรงเรียนเพิ่มจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามสัดส่วนที่คำนวณไว้จำนวน 289 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน (Parel, Caldito, Ferrer, De Guzman, Sinsioco, & Tan, 1973)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามที่นำมาจากงานวิจัยที่ผ่านมา และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ดังนี้

1) การคาดการณ์เกี่ยวกับการตีพิมพ์/สุบ เป็นข้อคำถามถึงการคาดคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของกลุ่มคนในวัยเดียวกับตนที่ประยุกต์จากการศึกษาของ Flay, Hu, & Richardson (1998) จำนวน 2 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 10 ตัวเลือกเริ่มจากการคิดว่ามีคนในวัยเดียวกับตนที่มีประสบการณ์ดังกล่าว 1-10 คน (ให้ 1 คะแนน) จนถึง 91-100 คน (ให้ 10 คะแนน)

2) การยอมรับเกี่ยวกับการตีพิมพ์/สุบของพ่อแม่ เป็นข้อคำถามการคาดคิดถึงปฏิกิริยาหรือการแสดงออกที่ต่อต้านหรือสนับสนุนของพ่อแม่ที่มีต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน วัดโดยข้อคำถามที่ประยุกต์จากการศึกษาของ Flay, Hu, Siddiqui, Day, Hedeker, and Patratis (1994) มีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือกได้แก่ ต่อต้าน/ไม่ไหวต่อว่า ไม่ยอมรับ ไม่แน่ใจ และตามใจ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) ไม่ยอมรับ และ 2) ยอมรับ

3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นข้อคำถามถึงความคิดเห็นที่มีต่อตนเองทั้งในแง่บวกและแง่ลบ วัดโดยแบบทดสอบที่ปรับจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (the Rosenberg Self-esteem Scale: RSE) (Rosenberg, 1979) จำนวน 5 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 5-15 คะแนน

4) การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่

ของเพื่อน เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีเพื่อนสนิทที่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ

5) การถูกชักชวนให้ตีพิมพ์แอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการมีประสบการณ์เคยถูกหรือไม่เคยถูกเพื่อนพูดโน้มน้าวให้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ

6) การตีพิมพ์แอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ของพ่อแม่ เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพ่อแม่ที่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ

7) ทักษะคิดต่อการตีพิมพ์/สุบ เป็นข้อคำถามความคิดเห็นที่มีต่อตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเวเบอร์ (Weber, 1992) ที่เชื่อว่าทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (dimensions) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ความรู้สึก (affective) และการปฏิบัติ (behavioral) มีจำนวนอย่างละ 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน

8) ความผูกพันกับโรงเรียน เป็นข้อคำถามถึงสัมพันธ์ภาพที่มีต่อโรงเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีจำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 15-45 คะแนน

9) การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

เป็นข้อคำถามถึงการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตีพิมพ์ที่มีแอลกอฮอล์เช่น เบียร์ ไวน์ วัดโดยแบบสอบถามของ Homsin and Srisuriyawet (2010) และประสบการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของตนเอง วัดโดยแบบสอบถามของ Homsin and Srisuriyawet (2011) ที่พัฒนามาจากการศึกษาที่ผ่านมา (Mayhew, Flay, & Mott, 2000; Pierce, Farkas, Evans, & Gilpin, 1995) ผู้ที่มีการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ต้องเลือกตอบว่าเคยมีประสบการณ์การตีพิมพ์ได้แก่ การทดลองตีพิมพ์/สุบ หรือตีพิมพ์/สุบตามโอกาส หรือตีพิมพ์/สุบประจำ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อวัดปัจจัยต่างๆดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่ ได้แก่ ทศนคติต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความผูกพันกับโรงเรียน มาวิเคราะห์ดัชนีความเที่ยงตรง (CVI) ได้ค่า 0.85, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (try out) ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม(reliability) ที่วัดด้วยหลายข้อคำถาม (multiple item questionnaires) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทศนคติต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความผูกพันกับโรงเรียน ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.60, 0.70 , 0.70 และ 0.83 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในห้องเรียน ที่มีการจัดที่นั่งให้มีระยะห่างของการนั่งเพื่อความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมๆกัน โดยมีครูผู้เชี่ยวชาญภาษามือของโรงเรียนนั้นๆ จำนวนแห่งละ 2 คนช่วยอธิบายด้วยภาษามือและทำแบบสอบถามไปพร้อมๆกันที่ละข้อเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วถูกเก็บในซองมิดชิด โดยในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบไม่ต้องใส่ชื่อสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทน แบบสอบถามของแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บไว้อย่างมิดชิดในซองกระดาษภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จซึ่งใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนิน

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส Hu040/2560 ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากตัวผู้เข้าร่วมวิจัยเอง (นักเรียน) และผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ปกครองกรณีของผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Binary Logistic Regression ที่ความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 289 คน เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 แบ่งเป็นวัยรุ่นตอนกลางร้อยละ 52.2 วัยรุ่นปลายร้อยละ 47.8 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 22 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.7 ปี (SD=1.9) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 พอๆกัน เกือบทั้งหมดประมาณร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของบิดามารดาพบว่า บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 อยู่ร่วมกันบิดามีอาชีพเกษตรกร รับจ้างทั่วไป และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 22.5, 20.4 และ 18.7 ตามลำดับ ส่วนมารดามีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 29.8, 20.1 และ 18.0 ตามลำดับ เศรษฐกิจของครอบครัวร้อยละ 63.7 พอใช้/ไม่มีเงินเก็บ

การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 50.5 และ 49.5 ตามลำดับ อายุต่ำสุดที่เริ่มต้นดื่ม 7 ปี อายุสูงสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 14.4 ปี (SD=2.6) โดยอยู่ในระยะมั่นใจว่าจะไม่ดื่มแน่นอนคิดเป็นร้อยละ 37.0 ลังเลใจที่จะดื่มร้อยละ 11.4 ตั้งใจจะดื่มร้อยละ 2.1 เป็นผู้ที่ทดลองดื่มแล้วร้อยละ 27.0 ดื่มบาง

ครึ่งตามโอกาสร้อยละ 21.1 และดื่มเป็นประจำร้อยละ 1.4

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.9 สูบบุหรี่ และร้อยละ 75.1 ไม่สูบบุหรี่ อายุต่ำสุดที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ 7 ปี อายุสูงสุด 20 ปี อายุที่เฉลี่ย 13.9 (SD = 2.5) โดยอยู่ระยะมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แน่นอนคิดเป็นร้อยละ 63.0 ลังเลใจที่จะสูบบุหรี่ 9.0 ตั้งใจจะสูบบุหรี่ 3.1 เป็นผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 16.6 สูบบางครั้งตามโอกาสร้อยละ 6.9 และสูบเป็นประจำร้อยละ 1.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่โดยควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ทัศนคติต่อการดื่ม การถูกชักชวนให้ดื่ม และการยอมรับการดื่มของพ่อแม่กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการดื่มมีแนวโน้มดื่มเป็น 5.63 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการดื่ม (95 %CI=2.843-11.129) กลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกชักชวนให้ดื่มมีความ

เสี่ยงที่จะดื่ม 17.94 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกชักชวนให้ดื่ม (95%CI=7.637-42.132) ในทำนองเดียวกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ยอมรับการดื่มมีโอกาสเสี่ยงที่จะดื่ม 2.10 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการดื่ม (95%CI=1.105-3.994)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่เพศ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่เป็น 2.36 เท่าของเพศหญิง (95 %CI=1.001-5.564) กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูบบุหรี่เป็น 3.50 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (95 %CI=1.514-8.095) ในทำนองเดียวกันพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เป็น 3.67 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (95 %CI=1.199-11.245) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกชักชวนให้สูบบมีโอกาสสูบบุหรี่สูงถึง 24.84 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ (95 %CI= 6.980-88.363) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

Table 1 Crude and adjusted odds ratio between each variable and alcohol drinking (n=289)

| Factors | Adjusted OR | 95%CI |
|--------------------------------|-------------|---------------|
| Gender | | |
| Female ^(R) | 1.00 | |
| Male | 1.00 | 0.882 - 3.117 |
| Self esteem | | |
| High ^(R) (> median) | 1.00 | |
| Low (≤ median) | 1.41 | 0.682 - 2.932 |
| Prevalence estimate | | |
| ≤10% ^(R) | 1.00 | |
| >10% | 1.31 | 0.690 - 2.501 |

Table 1 Crude and adjusted odds ratio between each variable and alcohol drinking (n=289)
(Cont.)

| Factors | Adjusted OR | 95%CI |
|-------------------------------|-------------|-------------------|
| Peer drinking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 1.45 | 0.508 - 2.590 |
| Offers of drinking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 17.94 | 7.637 - 42.132*** |
| Peer drinking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 1.26 | 0.653 - 2.428 |
| Parental approval of drinking | | |
| Disapproval ^(R) | 1.00 | |
| Approval | 2.10 | 1.105 - 3.994* |

*p<.05 **p<.01***p<.001

Table 2 Crude and adjusted odds ratio between each variable and cigarette smoking (n=289)

| Factors | Adjusted OR | 95%CI |
|------------------------------------|-------------|-----------------|
| Gender | | |
| Female ^(R) | 1.00 | |
| Male | 1.45 | 0.508 - 2.590 |
| Self esteem | | |
| High ^(R) (> median) | 1.00 | |
| Low (≤ median) | 1.22 | 0.499 - 2.992 |
| School attachment | | |
| High ^(R) (> median) | 1.00 | |
| Low (≤ median) | 1.16 | 0.525 - 2.547 |
| Attitude towards smoking | | |
| Disagree ^(R) (≤ median) | 1.00 | |
| Agree (>median) | 3.50 | 1.514 - 8.095** |

Table 2 Crude and adjusted odds ratio between each variable and cigarette smoking (n=289)
(Cont.)

| Factors | Adjusted OR | 95%CI |
|------------------------------|-------------|-------------------|
| Prevalence estimate | | |
| ≤10% ^(R) | 1.00 | |
| >10% | 1.35 | 0.611 - 2.960 |
| Peer smoking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 3.67 | 1.199 - 11.245* |
| Offers of smoking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 24.84 | 6.980 - 88.363*** |
| Peer smoking | | |
| No ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 0.67 | 0.304 - 1.480 |
| Parental approval of smoking | | |
| Disapproval ^(R) | 1.00 | |
| Yes | 1.48 | 0.641 - 3.429 |

*p<.05 **p<.01***p<.001

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงกว่า และมีอายุที่เริ่มต้นดื่มและสูบบุหรี่เร็วกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นดื่ม 14.4 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาระดับชาติล่าสุด ที่พบว่าประชาชนกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี เคยดื่มสุราในชีวิตร้อยละ 16.4 และ 39.9 โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นดื่มในเพศชายคือ 19 ปี เพศหญิง 24 ปี ตามลำดับ (Assanangkornchai, & Sainggam, 2019b) เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีการสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 24.9 อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ 13.9 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาระดับชาติ

พบว่าประชาชนกลุ่มอายุ 15-19 ปีและ 20-24 ปี สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 7.8 และ 20.4 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบบุหรี่โดยรวมทั้ง 16.2 ปี (Pitayarangsarit, & Pankrajang, 2018)

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาอาทิเช่น การศึกษาของ Jarrett and Pignataro (2013) พบว่านักศึกษาวิทยาลัยประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความพิการมีอัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วัน ที่ผ่านมาร้อยละ 23.1 และ 69.5 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นปกติมีอัตราดังกล่าวร้อยละ 15.0 และ 66.6 ตามลำดับ การศึกษาของ Blum et al (2001) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา สหรัฐอเมริกาที่มีความพิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการเรียนรู้มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 32.8, 30.6, และ 26.6 ตามลำดับ ในขณะที่

ที่วัยรุ่นที่มีการไต่ยีนปกติมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำเพียงร้อยละ 20.2 และพบว่านักเรียนที่มีความพิการทางด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 24.2, 23.7 ตามลำดับ ในขณะที่วัยรุ่นที่มีการไต่ยีนปกติมีอัตราการดื่มร้อยละ 16.1 และจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Nagarajan and Okoli (2016) สรุปได้ว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางกายมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความพิการ

ทั้งนี้อาจเนื่องจากพัฒนาการของวัยรุ่นเองตามธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากทั้งด้านร่างกายที่มีการเติบโตเชิงโครงสร้าง และพัฒนาลักษณะทางเพศที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน อันเป็นผลมาจากฮอร์โมนเจริญเติบโตและฮอร์โมนเพศ ด้านสติปัญญาที่มีการใช้เหตุผลมากขึ้น ด้านอารมณ์ที่มักมีอารมณ์รุนแรงไม่คงที่ สับสนอ่อนไหวง่าย มีอารมณ์แปรปรวนแม้ได้รับผลกระทบทางสังคมเพียงเล็กน้อยทำให้มีโอกาสมีความเครียดสูง และด้านสังคมที่ต้องการเป็นอิสระจากครอบครัวแต่ต้องการมิตรภาพที่ลึกซึ้งกับเพื่อนจึงให้ความสำคัญกับเพื่อนและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมาก (Homsin, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนซึ่งมีปัญหาเพิ่มเติมจากการมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ ภาวะด้านอารมณ์และสังคมที่ลดลง (Niyomthum, 2008) สิ่งเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนต้องประสบกับความยากลำบากในช่วงเวลาของพัฒนาการเพื่อการเปลี่ยนผ่านนี้มากกว่าวัยรุ่นปกติ (Brice & Strauss, 2016) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่มีการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ได้อย่างสะดวกผ่านช่องทางต่างๆ การลักลอบนำเข้าอย่างผิดกฎหมาย และกลยุทธ์ทางการตลาดหลากหลายรูปแบบของผู้ค้าที่มุ่งเป้าหมายมาที่เยาวชน ทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนมีโอกาสเสี่ยงที่จะก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยง

ต่างๆรวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่าเด็กวัยรุ่นปกติทั่วไป

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พบว่าทัศนคติต่อการดื่มหรือการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้ดื่มหรือสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทั้งกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ส่วนการยอมรับการดื่มของพ่อแม่มีความสัมพันธ์เฉพาะกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่เพศและการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์เฉพาะกับการสูบบุหรี่ สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆดังกล่าวได้ดังนี้

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนที่มีความเชื่อเชิงบวกเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะดื่มและสูบเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนมีความคิดเห็นว่าการดื่มช่วยให้ผ่อนคลายสบาย คลายเครียด ทำให้รู้สึกสนุก รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ขึ้น เป็นเรื่องน่าทดลอง และคิดที่จะทำตามเพื่อนที่ชวน ตลอดจนมีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้สบายใจมีความสุข สนุก ช่วยแก้ปัญหามากมาย ทำให้ไม่ไหลตลง รู้สึกเท่ รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ขึ้น และทำให้รู้สึกว่าคุณเท่าเทียมกับคนที่มีการไต่ยีนปกติ ความคิดความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแง่มุมต่างๆเหล่านี้จึงส่งผลต่อความตั้งใจและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่อไป (Ajzen & Fishbein, 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ (Tonpornkrang, Homsin, & Srisuriyawet, 2015; Wingkamon, Homsin et al., 2017; Maggs, Staff, Patrick, Wray-Lake, & Schulenberg, 2015; Nazarzadeh et al., 2013)

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการไต่ยีนที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะดื่มและสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นนี้มีความไม่สมดุลระหว่างความไวของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบสมองส่วน

อยาก หรือส่วนอารมณ์ (limbic system) และการยังไม่ถึงพร้อมของวุฒิภาวะของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมความคิด การวิเคราะห์ การวางแผน การประเมินความเสี่ยง และการตัดสินใจ วัยรุ่นจึงอาจคิดอย่างมีเหตุผลได้ แต่ในสถานการณ์ชีวิตจริงที่ถูกกระทบด้วยอารมณ์ แรงกดดันจากเพื่อน ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจทำทั้งๆที่รู้ว่าเสี่ยง (Pruksananonda, 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต้องใช้ชีวิตในโรงเรียนประจําาร่วมกัน ยิ่งทำให้มีความใกล้ชิดกับเพื่อนและได้รับอิทธิพลจากเพื่อนมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป จึงมีโอกาสการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Jankaew, et al., 2015; Loke, Mak, & Wu, 2016.)

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่เป็นเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นหญิง ทั้งนี้เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ยอมรับและเปิดโอกาสให้วัยรุ่นชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆมากกว่า โดยมองว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นผู้หญิงไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความเบี่ยงเบนทางเพศ (Homsin & Srisuriyawet, 2008) ในขณะที่การสูบบุหรี่ในผู้ชายเป็นเรื่องปกติธรรมดา อย่างไรก็ตามพบว่าวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยเป็นพฤติกรรมที่พบเห็นกันโดยทั่วไป วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่ายตามร้านค้า สถานบันเทิง ร้านอาหาร และตลาด โดยมีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายอยู่ในรูปแบบต่างๆที่ดูแล้วไม่เสียภาพลักษณ์ของสตรีไทย เช่น สุราผลไม้ เหล้าปั่น และการดื่มเครื่องดื่มนี้มักถูกใช้ในโอกาสต่างๆทางสังคม เช่น การเฉลิมฉลองความสำเร็จ เทศกาลสำคัญ การสังสรรค์เพื่อความสนุกสนาน เป็นต้น จากผลการสำรวจเมื่อไม่นานมานี้ (Sainggam, 2019) พบว่าเยาวชนอายุ 15-19 ปีมากกว่าร้อยละ 70 นิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากร้านขายของชำสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นโดยทั่วไปให้ความสำคัญกับเพื่อนมาก ต้องการได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่นตอนกลางที่ให้ความสนิทสนมกับเพื่อนเป็นกลุ่ม ใช้เวลากับเพื่อนมาก มีความอยากรู้อยากทดลองและต้องการทำตามเพื่อน เห็นเพื่อนเป็นตัวอย่างจึงมีโอกาสเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย (Areemit, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมาก (Jajrujit, Srisuriyawet, & Homsin, 2015; Chun, 2015; Pavin, Srisuriyawet, & Homsin, 2014) อย่างไรก็ตาม พบว่าการดื่มของเพื่อนสนิทไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่วัยรุ่นสามารถพบเห็นและเลียนแบบได้จากบุคคลอื่น ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันในสังคมทั่วไปไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จากเพื่อนสนิทเท่านั้น

วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่พ่อแม่ยอมรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสดื่มมากกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่ยอมรับการดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากหากพ่อแม่ยอมรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มของพ่อแม่ จึงอาจมีการดื่มกันในครอบครัวโดยไม่มี การห้ามปราม และมีการอนุญาตให้บุตรทดลองดื่มได้ตั้งแต่อายุยังน้อย สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ทำให้เอื้อต่อการดื่ม และสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการดื่มแบบอันตรายต่อไปในอนาคต (Colder, Shyhalla, & Frndak, 2018) อย่างไรก็ตาม พบว่าการยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงอาการไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ได้แก่ การว่ากล่าว ห้ามปราม และควบคุม

พฤติกรรม การสูบบุหรี่อาจส่งผลต่อการยับยั้งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจส่งผลกระตุ้นให้เกิดการสูบบุหรี่ได้หากวัยรุ่นรู้สึกว่าขาดเหตุผล เป็นสิ่งน่ารำคาญหรือทำเกินกว่าเหตุ ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับทักษะการสื่อสารของพ่อแม่ด้วย และจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ ทำให้ข้อมูลไม่มีความหลากหลาย ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติและการถูกชักชวนเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับทั้งการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อให้ตระหนักถึงโทษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องสำคัญ ตลอดจนต้องพัฒนาทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินสามารถหลีกเลี่ยงจากการถูกชักชวนของเพื่อนได้อย่างประสิทธิภาพ

เสริมสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ดีภายในโรงเรียนซึ่งวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่อาศัยและศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นนักเรียนประจำ โดยการช่วยเหลือนักเรียนที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่และสร้างสรรคกิจกรรมเชิงบวกภายในโรงเรียน ระหว่างโรงเรียนและในชุมชน เพื่อให้วัยรุ่นได้มีโอกาสพบปะหรือสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อนอื่นๆที่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ทำให้ลดโอกาสการเลียนแบบพฤติกรรมและชักชวนกันสูบบุหรี่

ควรมีการให้ความรู้แก่พ่อแม่เพื่อสร้างความตระหนักถึงอิทธิพลของพ่อแม่ที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุตร การสอดส่องดูแลตักเตือนและการมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการดื่ม ถึงแม้ว่า

พ่อแม่จะมีพฤติกรรมดื่มหรือไม่ก็ตาม และควรให้ความสนใจวัยรุ่นที่เป็นเพศชายเป็นพิเศษเนื่องจากมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยต่อไป

ศึกษาติดตามระยะยาวไปข้างหน้า (longitudinal study) เพื่อสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ศึกษาตัวแปรต้นใหม่ๆเพิ่มทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับสังคมหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อหาปัจจัยร่วมที่อาจส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับทั้งพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ อาทิ เช่น ระดับความพิการ ความฉลาดทางปัญญา (I.Q) ความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q) ความความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย เป็นต้น ตลอดจนศึกษาตัวแปรตามพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่โดยแบ่งเป็นระยะต่างๆ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในแต่ละระยะของพฤติกรรมดังกล่าวจึงอาจมีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ละเอียดลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ที่เน้นการสร้างเสริมทัศนคติที่ถูกต้องและทักษะการปฏิเสธ ซึ่งถือเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่ส่งผลต่อทั้งพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1998). *Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes* (Vol. 11). In W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (pp. 1-33). West Sussex: Wiley.
- Areemit, R. (2016). *Psychological and social development*. In R. Areemit., S. In-iv., B. Manaboriboon., S. Hongsanguansri., S. Jaruratanasirikul (Eds.). *Textbook of adolescent medicine* (pp.115-130). Nonthaburi: Parbpim.
- Assanangkornchai, S. & Sainggam, D. (2019a). *Changing the prevalence of alcohol drinking among youth before and after the Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2008 announcement*. In S. Assanangkornchai., S (Ed.), *Facts and figures alcohol in Thailand 2016-2018* (pp. 30-33). Bangkok: Sahamit Pattana Printing.
- Assanangkornchai, S. & Sainggam, D. (2019b). *Prevalence and drinking behavior of Thai people 2017*. In S. Assanangkornchai., S (Ed.), *Facts and figures alcohol in Thailand 2016-2018* (pp. 8-14). Bangkok: Sahamit Pattana Printing.
- Blum, R. W., Kelly, A., & Ireland, M. (2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *Journal of Adolescent Health, 28*, 481-490.
- Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 7*, 67-76.
- Chun, J. (2015). Determinants of tobacco use among Korean female adolescents: Longitudinal test of the theory of triadic influence. *Children and Youth Services Review, 50*, 83-87.
- Colder, C. R., Shyhalla, K., & Frndak, S. E. (2018). Early alcohol use with parental permission: Psychosocial characteristics and drinking in late adolescence. *Addictive Behaviors, 76*, 82-87.
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2019). *The situation report of disabled people in Thailand: 31 December 2019*. Retrieved from <http://www.dep.go.th/uploads/Docutents/8565960f-cb64-416a-827f-643a8a34ee15> รายละเอียดข้อมูลคนพิการ%20ธ.ค.62.pdf
- Flay, B. R., Hu, F. B., & Richardson, J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Preventive Medicine, 27*, A9-A18.
- Flay, B. R., Hu, F. B., Siddiqui, O., Day, L. E., Hedeker, D., & Petraitis, J. (1994). Differential influence of parental smoking and friends' smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 248-265.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). *A review of theory and prospective research on the causes of adolescent tobacco onset: A report for the Robert Wood Johnson Foundation*. Chicago: University of Illinois.

- Homsin, P. (2015). *Concepts and theories for practice: Smoking and alcohol drinking prevention among adolescents*. Chon Buri: Chonburi printing.
- Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2008). *Smoking stages among adolescents in the eastern part of Thailand* (study report). Burapha University.
- Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2010). Beliefs, patterns, and factors related to alcohol drinking stages among Thai youths in Eastern region. *The Public Health Journal of Burapha University*, 5(2), 28-39.
- Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2011). Risk factors of smoking stages among adolescents in the Eastern part of Thailand. *J. NRCT(Soc)*, 43(1), 85-102.
- Jankaew, J., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2015). Factors related to smoking initiation among male students in lower secondary schools, Pathum Tani. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27, 99-109.
- Jarrett, T., & Pignataro, R. M. (2013). Cigarette smoking among college students with disabilities: National college health assessment II, Fall 2008-Spring 2009. *Disability and Health Journal*, 6, 204-212.
- Jajrujit, S., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2015). Factors associated with regular smoking among male vocational students in Chanthaburi province, *Journal of Nursing and Education*, 8(1), 59-71.
- Leather, N. C. (2009). Risk-taking behaviour in adolescence: A literature review. *Journal of Child Health Care*, 13, 295-304.
- Leelatanaporn, S. (2009). Behavioral problems in children with hearing impairment. *Thai Pediatric Journal*, 16(1), 18-28.
- Loke, A.Y., Mak, Y.W., & Wu, C. S. T. (2016). The association of peer pressure and peer affiliation with the health risk behaviors of secondary school students in Hong Kong. *Public Health*, 137, 113 -123.
- Maggs, J. L., Staff, J., Patrick, M. E., Wray-Lake, L., & Schulenberg, J. E. (2015). Alcohol use at the cusp of adolescence: A prospective national birth cohort study of prevalence and risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 56, 639-645.
- Mayhew, K. P., Flay, B. R., & Mott, J. A. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(Suppl.1), 61-81.
- Merline, A., Jager, J., & Schulenberg, J. E. (2008). Adolescent Risk Factors for Adult Alcohol Use and Abuse: Stability and Change of Predictive Value across Early and Middle Adulthood. *Addiction*, 103(Suppl 1), 84-99
- Nagarajan, V. D., & Okoli, C. T. C. (2016). A systematic review of tobacco use among adolescents with physical disabilities. *Public Health*, 133, 107-115. 2018, Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh283/125-132.htm>.

- Nazarzadeh, M., Bidel, Z., Ayubi, E., Bahrami, A., Jafari, F., Mohammadpoorasl, A., Delpisheh, A., & Tareman, F. (2013). Smoking status in Iranian male adolescents: A cross-sectional study and a meta-analysis. *Addictive Behaviors, 38*, 2214-2218.
- Niyomthum, S. (2008). *Deafness: Psychology, education and social effects* (4th ed). Bangkok: Van Kawn.
- Obradors-Ria, N., Ariza, C., & Contente, X., & Muntaner, C. (2020). School and town factors associated with risky alcohol consumption among Catalan adolescents. *Alcohol, 82*, 71-79.
- Parel, C. P., Caldito, G. C., Ferrer, P. L., De Guzman, G. G., Sinsioco, C. S., & Tan, R. H. (1973). *Sampling design and procedures*. Paper for the Research Training Program of the Philippine Social Science Council, Quezon city.
- Park, S. E., Yoon, S., Yi, Y., Cui, W., & Nam, B. (2011). Prevalence and risk factors of adolescents smoking: Difference between Korean and Korean-Chinese. *Asian Nursing Research, 5*, 189-195.
- Pavin, M. N., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2014). Factors associated with smoking among male college students in Dhaka city, Bangladesh. *Narasuan University Journal: Science and technology, 22*, 69-79.
- Peterson, C. C., O'Reilly, K., & Wellman, H. M. (2016). Deaf and hearing children's development of theory of mind, peer popularity, and leadership during middle childhood. *Journal of Experimental Child Psychology, 149*, 146-158.
- Pierce, J. P., Farkas, A. J., Evans, N., & Gilpin. (1995). An improved surveillance measure for adolescent smoking, *Tobacco Control, 4*, S47-S56.
- Pitayarangsarit, S., & Pankrajang, P. (2018). *Thailand tobacco consumption statistics report 2019*. Bangkok: Charoen De Mankhong Kanphim.
- Pruksananonda, C. (2016). *Brain development and cognition in adolescents*. In R. Areemit., S. In-iw., B. Manaboriboon., S. Hongsanguansri., S. Jaruratanasirikul (Eds.). Textbook of adolescent medicine (pp. 139-149). Nonthaburi: Parbpim.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Sainggam, D. (2019). *Access to alcoholic beverages and the drinking pattern of the Thai people*. In S. Assanangkornchai., S (Ed.), Facts and figures alcohol in Thailand 2016-2018 (pp. 34-42). Bangkok: Sahamit Pattana Printing.
- Sainggam, D., Pruphetkaew, N. (2016). *Alcohol drinking behaviors and health risk behaviours among secondary school students in Thailand*. In U. Saengow., P. Vichitkunakorn., S. Assanangkornchai (Eds.), Facts and figures alcohol in Thailand (pp. 17-22). Bangkok: Center of alcohol studies.

- Tonpornkrang, R., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2015). Factors related to binge drinking among male vocational students in Surin province. *Journal of Public Health nursing, 29*(1), 29-42.
- Tseng, F., Chen, K., Liu, C., Chen, W. J., & Chen, C. (2017). School district variation in parental influence on underage drinking behaviors. *Journal of Adolescent Health, 61*, 355-362.
- Weber, A. L. (1992). *Social psychology*. New York: HarperPerennial.
- Wingkamon, S., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2017). Life assets and factors related to early smoking stage among male upper primary school students, Kalasin province, *Journal of Public Health Nursing, 31*, 89-107.