

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

อรพินท์ ชันแข็ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อรพินท์ ชันแข็ง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา
ได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล)

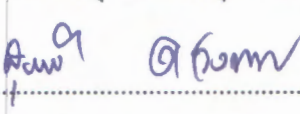

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

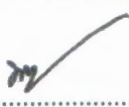

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง)

คณะพยาบาลศาสตรอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนต่าง ๆ ที่บกพร่อง ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่น้องทุกคนที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

อรพินท์ ชันแข็ง

54920155: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่/ ผู้ป่วยชาย/ โรคเรื้อรัง

อรพินท์ ชันแจ่ม: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย

จังหวัดตราด (FACTORS RELATED TO SMOKING CESSATION AMONG MALE PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN TRAT PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:

สมสมัย รัตนกริธากุล, Dr.P.H., รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D. 82 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและลดการตายของผู้ป่วยได้ การวิจัยนี้เป็นแบบการศึกษาจากผลมาหาเหตุ (Case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายที่สูบบุหรี่และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แม่ข่ายในจังหวัดตราด จำนวน 230 คน ใช้วิธีการจับคู่เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 115 คน และ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 115 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยไบนารี

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.0 มีการเลิกสูบบุหรี่นาน 6 เดือนขึ้นไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ โดยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (OR = 1.29, 95% CI = 1.17-1.43) และคะแนน การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17)

ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

54920155: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M. N. S.

(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: SMOKING CESSATION/ MALE PATIENTS/ CHRONIC DISEASES

ORAPIN KHUNKHANG; FACTORS RELATED TO SMOKING CESSATION
AMONG MALE PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN TRAT PROVINCE.

ADVISORY COMMITTEE: SOMSAMAI RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H.,
RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D. 82 P. 2017.

Patients with chronic diseases are at risk for life-threatening severe complication. Smoking cessation promotion is an important strategy to reduce the complication and death of patients. The purpose of this case-control study was to examine factors related to smoking cessation among male patients with chronic diseases in Trat Province. Health Beliefs Model was used as a theoretical framework. Participants were 230 males with hypertension or diabetes mellitus whom smoked cigarettes and registered as chronic patients at the district health promotion hospital in Trat province. The matched-pair procedure was employed 115 former smokers into the study group and the other 115 current smokers into the control group. Data were collected by face to face interviewed. Descriptive statistics and binary logistic regression were used to analyzed the data.

The results revealed that 50.0% of all participants reported quit smoking over the past 6 months. Factors related to smoking cessation among male patients with chronic diseases were perceived self-efficacy of quit smoking and social support. Every one-point increasing of perceived self-efficacy score could increased 1.29 times of chance in smoking cessation (OR = 1.29, 95% CI = 1.17-1.43), and every one-point of social support score could increased 1.11 times of chance in smoking cessation (OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17).

These findings suggest that nurses and related health care providers could utilize to develop a smoking cessation program among chronically ill patients by focusing on improving patient's self-efficacy for quit smoking and encourage support from family for patients with chronic diseases stop smoking successfully.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
บุหรี่กับโรคเรื้อรัง.....	9
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Smoking cessation).....	17
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)	20
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	32
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	39
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่.....	44
5 สรุป และอภิปรายผล.....	48
สรุปผลการวิจัย.....	48
อภิปรายผลการวิจัย.....	49
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	53
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	53
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก.....	60
ภาคผนวก ก.....	61
ภาคผนวก ข.....	63
ภาคผนวก ค.....	65
ภาคผนวก ง.....	70
ภาคผนวก จ.....	80
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	82

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป..... 40
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่..... 42
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่..... 43
4	คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง..... 45
5	ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย โลกีสติกของปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง..... 47
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเลิกสูบบุหรี่..... 81
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลวิธีการเลิกสูบบุหรี่..... 81

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 Health belief model component and linkage.....	24
3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายสำคัญของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 1,300 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน มีการคาดว่าปี ค.ศ. 2030 การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ประมาณครึ่งหนึ่งพบว่าเป็นประชากรทวีปเอเชีย (World Health Organization [WHO], 2014) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ดังกล่าว มีผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในช่วงวัยทำงาน ซึ่งเป็นการสูญเสียก่อนวัยอันควรเป็นเวลาถึง 20-25 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) สำหรับประเทศไทย การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูบบุหรี่รวม 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปั่นกระจำง และสุนิศา ปรีชาวงษ์, 2557) และในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน โดยเฉลี่ยเป็นผู้ชาย 1 ใน 6 และผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดืมแอลกอฮอล์และยาสูบ, 2552)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552) ทั้งนี้เนื่องจากสารเคมีเป็นพิษที่มากกว่า 4,000 ชนิด มีผลต่อการทำงานของสารชีวเคมีในร่างกาย การหลั่งฮอร์โมน และก่อให้เกิดการเสื่อมสภาพต่อเซลล์ในร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยควันบุหรี่ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดตีบส่งผลให้ความดันโลหิตสูง เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ ทำให้หัวใจวายได้ในที่สุด และหากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบจะทำให้สมองเสื่อม กลายเป็น อัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ทำให้เนื้อเยื่ออุดรับกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้น้อยลง ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนั้นควันบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เนื้อปอดค่อย ๆ เสื่อมสภาพจากการได้รับควันบุหรี่ ส่งผลให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการสูบบุหรี่จะเป็นตัวเร่งให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน เกิดภาวะหลอดเลือดตีบตันได้เร็วขึ้น (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ จึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการควบคุมโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2551-2552 พบการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ โดยสัดส่วนผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 30 เท่าในทุกโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 31.5 ผู้หญิงสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.9 และผู้ป่วยเบาหวานชายมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.7 และผู้หญิงสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.9 (วิชัย เอกพลากร, 2553)

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โดยผู้ที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ 28.5 และโรคความดันโลหิตสูงพบความชุกของโรคร้อยละ 21.4 ผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 20.9 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 1.5 เท่า และเพิ่มเป็น 8 เท่า หากมีไขมันในเลือดสูง เพิ่มโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช่ยกันเบต้า (Beta blocker) และมีการสูบบุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554; Mahmud, Wadi, Feely, & Silke, 2015) ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่นาน ๆ จะมีภาวะคืออินซูลินทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เป็นสาเหตุให้ต้องถูกตัดอวัยวะสำคัญ (วิชัย เอกพลากร, 2553)

จังหวัดตราด เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2556-2557 ของจังหวัดตราด พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8,481 คน เป็น 9,607 คน และขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 5,764 คน เป็น 6,020 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2557 ก) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรทั่วไป ปีพ.ศ. 2554 จังหวัดตราด มีความชุกของผู้สูบบุหรี่อยู่ในลำดับที่ 27 ของประเทศไทย เมื่อทำการเปรียบเทียบจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด พบว่าจังหวัดตราดมีความชุกของการสูบบุหรี่สูงสุดโดยมีผู้สูบบุหรี่ 41,377 คน คิดเป็นร้อยละ 20.76

โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 39.06 เพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.11 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, กุมภการ สมมิตร และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, 2555) สำหรับ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด เฉพาะเพศชาย ช่วงเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 พบว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 538 คน สูบบุหรี่ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 27.69 ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรจังหวัดตราด (ร้อยละ 20.76)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน เมื่อควันบุหรี่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ต่อมาหวมกไต หลังสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดง หดตัว ความดันโลหิตจะสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท ไขมันในเลือดชนิดดี (High density lipoprotein) ลดลง ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) เพิ่มขึ้น และยังทำให้เกิด การอักเสบที่ผนังหลอดเลือดง่ายขึ้น เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดลิ่มเลือดเกาะตัวกันมาก เลือดหนืดขึ้น และแข็งตัวเร็วขึ้น จนทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือด สมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคไตวาย เป็นต้น (กุลธิดา เมธาวสิน, 2552) และในผู้ป่วย โรคเบาหวานสารพิษในควันบุหรี่เป็นตัวทำให้เกิดภาวะดีอินซูลิน ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนอง ของเบตาเซลล์ของตับอ่อนบกพร่อง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดการย่อยสลายไตรกลีเซอ ไรด์ (Triglyceride) เป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) อยู่ในกระแสเลือด ไขมันที่เกาะที่ผนัง หลอดเลือดทำให้หลอดเลือดอักเสบ มีผลให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เกิดภาวะ หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองและเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานตามมา (อารยา ทองผิว, 2552)

สำนักโรคไม่ติดต่อกำหนดมาตรการด้านการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคลบูรณาการ ในคลินิกโรคเรื้อรังระยะยาว (พ.ศ. 2554-2568) เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการตายของประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง การส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ลดและเลิกใช้ยาสูบ เป็นหนึ่งในนโยบายลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดลดความชุกของ การบริโภคยาสูบในประชากรไทยให้ลดลง ร้อยละ 30 หรือไม่เกินร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักโรค ไม่ติดต่อ, 2559) และแผนการลดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ โดยขยาย สิทธิการเข้าถึงบริการเลิกสูบบุหรี่ การจัดบริการการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรัง (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2557) การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ

ลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี และหากเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอดจนกระทั่งเวลาผ่านไป 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในผู้ที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูง (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2552)

ผลการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่มีผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วแต่ไม่สำเร็จ (พิราสินี ชัยคุณทวีโชติ (แช่จ่อง), กานดา จันทร์เข้ม และสุจิตรา จรจิตร, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร ดองโพธิ์ (2556) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ส่วนอีกร้อยละ 41.70 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิศา ปรีชาวงษ์ (2558) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสองเดือน พบผู้ป่วยร้อยละ 47.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ ส่วนอีกร้อยละ 52.70 ยังคงสูบบุหรี่ เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จากอยากสูบบุหรี่/ ตีตราสังคมของบุหรี่ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) ความเครียด สูบแก้กั ลุ่ม (พัชรินทร์ อินทร์ปรง, 2551) คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) เป็นต้น ส่วนการศึกษาของ Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duff, and Viwatwongkasem (2014) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 66 โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่คิดเลิกหรือเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเพราะความเจ็บป่วย มีปัญหาด้านสุขภาพ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่มีทั้งปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยชักนำ และการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ผู้ที่อายุมักจะเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (สุนิศา ปรีชาวงษ์, 2555; Boonchan, 2007; Patel et al., 2009) ระดับการศึกษา ผู้สูบบุหรี่ที่มีการศึกษาสูง ยังมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สุนิศา ปรีชาวงษ์, 2555; Ayo-Yusuf & Szymanski, 2010; Boonchan, 2007) ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 1-2 ครั้ง เพิ่มโอกาสเลิก สูบบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552; สุนิศา ปรีชาวงษ์, 2555; Boonchan, 2007) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ จากครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิศา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2014) ปัจจัยการรับรู้ การเลิกสูบบุหรี่ยังขึ้นกับความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งทัศนคติเป็นความรู้สึ ก ความเชื่อ ความคิดเห็น หากผู้สูบบุหรี่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) การรับรู้เป็น ความเชื่อซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคล จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ถ้าผู้สูบบุหรี่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตราย

จากการสูบบุหรี่จะเกิดความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ (ยูพรศ ญาณมงคลศิลป์, 2553; ศิราณี อิ่มน้ำขาว, 2555; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552; Kaleta et al., 2012) นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่ที่มีการรับรู้อุปสรรค สิ่งขัดขวางในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ จะมีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ (Eklund, Nilsson, Hedman, & Lindberg, 2012; Jianvitayakij et al., 2014) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2556)

การศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่พบงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุกรรม และมีคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งจำเป็นต้องอดบุหรี่ตามนโยบายของโรงพยาบาล เช่น การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ยูพรศ ญาณมงคลศิลป์, 2553) การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) และการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Jianvitayakij et al., 2014) เป็นต้น แต่การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานกลับจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบการศึกษาค่อนข้างน้อย และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลิกสูบบุหรี่ และการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่รวมแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของเบนคูราเข้ามา ซึ่งเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Champion & Skinner, 2002; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ 4) การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ 6) การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่ม

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไปซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

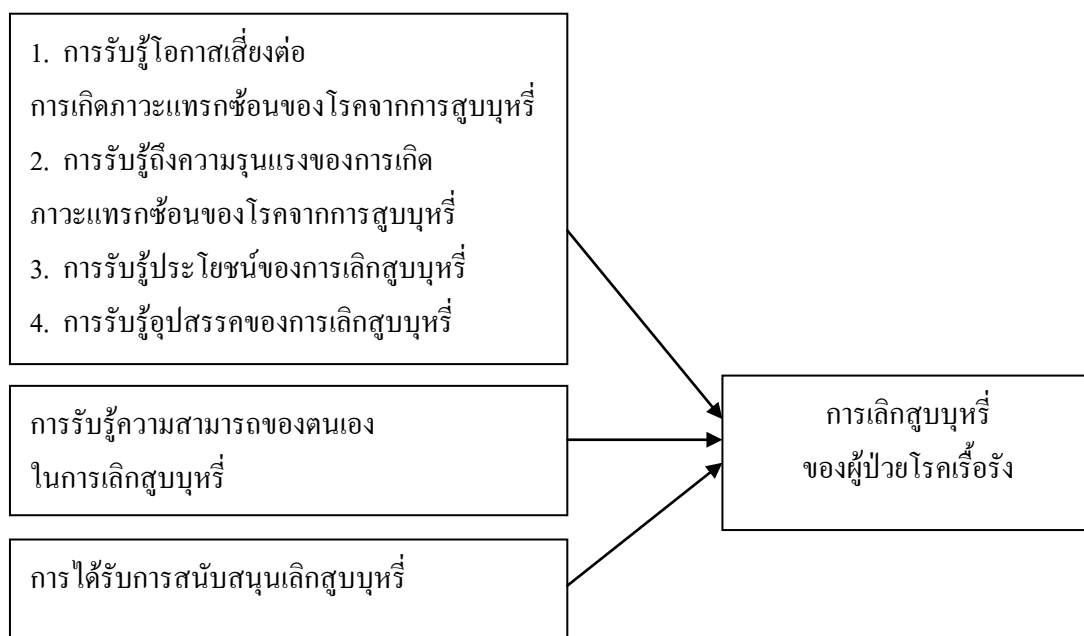
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายจังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อวิเคราะห์ถึงการรับรู้ที่เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการป้องกันไปในทางบวก ซึ่งการมีพฤติกรรมป้องกันนั้นขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น 2) ผลลัพธ์ของการชั่งน้ำหนักระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและการมีปัจจัยร่วมที่เป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Champion & Skinner, 2002) นำมาศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายจังหวัดตราด ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ของบุคคล คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยร่วมที่ชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ได้ (Case) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ (Control) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานเพศชายที่มีประวัติการสูบบุหรี่ และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ รับประทานที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่าย (รพ.สต.) ในจังหวัดตราด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม-วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/ หรือโรคเบาหวานหรือทั้ง 2 โรค

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป หลังแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน

ของโรคที่เป็นอยู่หรืออาการของโรคจะแย่ลงจากการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคจากการสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการสูบบุหรี่อาจทำให้อาการของ โรครุนแรงขึ้น รักษายากขึ้น รวมถึงการมีความเครียด ความวิตกกังวลการเจ็บป่วย ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคมจากการสูบบุหรี่ และอาจทำให้เสียชีวิตเป็นต้น วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคจากการสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม เช่น โอกาสที่จะเป็น โรคหัวใจลดลง โอกาสที่จะเป็น โรคมะเร็งลดลง ทำให้ผู้อื่นไม่ต้องมาห่วงเรื่อง การสูบบุหรี่ของตนอีกต่อไป เป็นต้น วัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูงของ Jianvitayakij et al. (2014)

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงผลทางลบที่มีต่อสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ สังคมของตนเองจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น อยากรสูบบุหรี่ ไม่สุขสบาย หงุดหงิด เครียด รู้สึกสูญเสียความสุข เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูงของ Jianvitayakij et al. (2014)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเลิกสูบบุหรี่ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ เช่น เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงฉลอง เมื่อรู้สึกโกรธ หรือเมื่อต้องการความมั่นใจ เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของ Velicer, Diclimente, Rossi and Prochaska (1990) แปลโดย Jianvitayakij et al. (2014)

การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ด้านการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวและกำลังใจเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมที่สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ของ Cohen and Lichtenstein (1990) แปลโดย Jianvitayakij et al. (2014)

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดตราด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บุหรี่กับโรคเรื้อรัง
2. การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บุหรี่กับโรคเรื้อรัง

ความหมายโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังหรือโรค NCDs ย่อมาจากคำว่า Non-communicable diseases หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ โดยทั่วไปเรียกว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ซึ่งแตกต่างจากโรคติดต่อเฉียบพลันที่มักมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว โรคเรื้อรังที่สำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด (สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส], 2557)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาของโรคนาน โดยทั่วไปมีการดำเนินโรคช้า ซึ่งจะหมายถึง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นหลัก (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นอันดับแรกของกลุ่มโรคเรื้อรัง

สถานการณ์โรคเรื้อรัง

รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นเบาหวาน และ 1 ใน 3 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, 2556) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยปี พ.ศ. 2546-2556 รายงานสถิติอัตราผู้ป่วยใน

ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 389.8 เป็น 1,629.9 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 380.8 เป็น 1,081.2 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญในลำดับแรก ๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อมหน้าที่ เป็นต้น แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ โรคหัวใจ ซึ่งพบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2552)

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี พ.ศ. 2551-2552 ด้วยการตรวจร่างกาย โดยสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ยังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป อาจทำให้อาการของโรคทรุดลง และเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น

กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการป่วย และเสียชีวิตสูงสุดใน 4 กลุ่มโรคหลัก ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่มาจากพฤติกรรมสำคัญ คือ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ สำนักโรคไม่ติดต่อดำเนินงานร่วมกับสหประชาชาติกำหนดมาตรการด้านการจัดการโรค และลดเสี่ยงรายบุคคล บูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังระยะยาว (พ.ศ. 2554-2568) เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการตายของประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง การส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ลดและเลิกใช้ยาสูบเป็นหนึ่งในนโยบายลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดลดความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรไทยให้ลดลงร้อยละ 30 หรือไม่เกินร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) เพื่อเป้าหมายลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคเรื้อรังลง

ความหมายของบุหรี่

บุหรี่ หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือยาแห้งหรือยาอัด (กรมสรรพสามิต, 2554) แบ่งประเภทของบุหรี่ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. บุหรี่ซอง หมายถึง บุหรี่ ชนิดที่มีก้นกรองและชนิด ไม่มีก้นกรอง ผลิตในประเทศและต่างประเทศ เช่น ยี่ห้อกรองทิพย์ ยี่ห้อพระจันทร์ ยี่ห้อเกร็ดทอง เป็นต้น
2. บุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ ได้แก่ บุหรี่ที่ผลิตในต่างประเทศและมีการนำเข้ามาในประเทศที่รู้จักกันทั่วไป ได้แก่ มาร์ล โบโล วินสตัน มอร์ตัน ฮิลล์ ลักกี้ส์ ไตรค์ เป็นต้น
3. บุหรี่มวนเองหรือบุหรี่ที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง ได้แก่ บุหรี่ที่มวนเองโดยใช้วัสดุที่หาง่ายในท้องถิ่น อาจเป็นกระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา เป็นต้น
4. บุหรี่ประเภทอื่น ๆ ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ และ ไปป์ ฯลฯ ซึ่งบุหรี่ซิการ์ ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง ใบยาแห้งหรือยาอัดซึ่งมวนด้วยใบยาแห้งหรือยาอัดบุหรี่ซิการ์ ที่มีจำหน่ายในประเทศส่วนใหญ่ผลิตจากประเทศอเมริกาและประเทศแถบยุโรป ได้แก่ ประเทศเดนมาร์ค เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ เป็นต้น ไปป์ เป็นกล่องสูบบุหรี่ที่มีเบ้าสำหรับใส่ยาเส้น ไปป์ส่วนมากทำมาจากเหง้าของต้นไม้ที่แข็งและทนความร้อน ได้อาจทำจากขงข้าวโพดหรือทำด้วยพลาสติกที่ทนความร้อนได้ดี

สารประกอบในบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวนประกอบด้วย ใบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคืองและเพื่อให้บุหรือน่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตราย มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และปัจจุบันมีสารกว่า 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552) โดยสารประกอบที่สำคัญมีดังนี้

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งเป็นตัวกระตุ้น และกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยมากหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง นิโคตินในร่างกายจะลดลงจากการขับถ่าย ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ไม่สบายใจ จึงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเพื่อให้ระดับนิโคตินคงที่ จึงอาจเรียกว่าผู้ติดบุหรี่ยาว่า “ผู้เสพติดนิโคติน” (Nicotine addict) โดยร้อยละ 95 ของนิโคติน จะไปจับอยู่ที่ปอดบางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) ทำให้หลอดเลือดตีบลงซึ่งทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้น

2. ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาล ทาร์เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งหลอดลม มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และอื่น ๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น ก่อให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับเวลาปกติ ผลที่ตามมา คือ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่อยล้า ตัดสินใจช้า และเหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจ หดตัวในระยะแรก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โดยมีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ในระยะต่อมาทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ องค์การอนามัยโลกศึกษาแล้วพบว่า การเลิกบุหรี่ลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50 ในปีแรก แต่อัตราร้อยละจะลดลงเท่าคนปกติ เมื่อหยุดบุหรี่แล้ว 15 ปี

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มเซลล์หลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นประจำในตอนเช้าจะมีมากขึ้น

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอัน แตรรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อยการยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

6. แอมโมเนีย (Ammonia) สารนี้มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้เสบตาเสบจมูก หลอดลมอักเสบไอและมีเสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ

7. สารกัมมันตรังสี (Radioactive agents) เป็นสารตกค้างในใบยาสูบที่เกิดจากการฟันทาฆ่าแมลง สารเหล่านี้อาจเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

8. ฟอมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) เป็นสารเคมีที่ใช้ดองศพ ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอมาลดีไฮด์ประมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวันซึ่งเสี่ยงให้ก่อมะเร็งอีกด้วย

9. ตะกั่ว (Lead) เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อระบบในร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบประสาทจะทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ ระบบเลือด คือ จะทำให้ความดันเลือดสูง มีผลต่อระบบไต ผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ทำให้เป็นหมันในเพศชายและสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

จะเห็นได้ว่าสารพิษที่มีอยู่ในบุหรี่ โดยเฉพาะสารนิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่ร่างกายก็จะเกิดผลเสีย และก่อโรคต่าง ๆ ให้ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่โดยตรงและคนที่อยู่ใกล้ชิดต่อไป

กลไกการเสพติดบุหรี่และผลต่อร่างกาย

บุหรี่ยีนิกโคตินเป็นส่วนประกอบ โดยนิโคตินเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์เสพติดรุนแรง เทียบเท่าเฮโรอีนและโคเคน ปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกประกาศให้มีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการว่า การติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

การสูบบุหรี่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมอง ในสมองมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก เป็นสุขซึ่งเรียกว่า Brain reward pathway behavior โดยเมื่อมีการสูดควันบุหรี่เข้าไปนิโคติน จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด และเข้าสู่ร่างกายภายใน 10 วินาที ผ่านเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ซึ่งเป็นตำแหน่งของส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุข ที่เรียกว่าวงจรการได้รับรางวัล (Brain reward pathway) โดยนิโคตินจะจับกับ ตัวรับสารนิโคติน (Nicotinic receptor) ในสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral tegmental area (VTA) ซึ่ง จะส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วน Nucleus accumbens ในรูปของสารเคมีชื่อโดปามีน (Dopamine) ส่งผลให้มีการหลั่งโดปามีนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสารโดปามีนเป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้เกิด ความสุข ร่าเริงและพึงพอใจ จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจ นอกจากนี้นิโคตินยังเพิ่ม การหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ มากขึ้น เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อีปีเนเฟริน (Nordepinephrine) และกาบา (GABA) เป็นต้น สารสื่อประสาทเหล่านี้ล้วนส่งผลในเชิงบวก ต่ออารมณ์และความรู้สึกทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ รู้สึกคลายเครียด (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) เมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณของสารสื่อประสาท เหล่านี้จะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไปและเกิดอาการถอนนิโคติน (Nicotin withdrawal symptoms) ได้แก่ ภาวะง่วงเหงาหาวนอน หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหนื่อยง่าย มีอาการไอ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว น้ำหนักขึ้น ท้องผูก ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้องการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน ทำให้สมองเกิดอาการเคียดจัญจก การได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดนิโคตินในที่สุด อาการ ถอนนิโคตินมักเกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังจากอดบุหรี่ โดยอาการจะเกิดมากในช่วง 4 วันแรก แล้วค่อย ๆ ลดลงภายใน 3-4 สัปดาห์ อาการถอนนิโคติน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่แล้ว กลับมาสูบบุหรี่และไม่สามารถเลิกขาดได้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

การที่บุคคลหนึ่งจะเกิดการเสพติดบุหรี่ มิได้เกิดจากการเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน เพียงอย่างเดียว แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ประกอบด้วยสามปัจจัยหลักที่ทำให้ การเลิกสูบบุหรี่เป็นไปได้ยาก (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

1. ภาวะเสพติดทางกาย หรือการเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน เป็นอาการที่แสดงว่า ขาดสารนิโคตินไม่ได้ ซึ่งอาจแสดงโดยการสูบบุหรี่มวนแรกทันทีหลังตื่นนอนหรือภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน หรือภายใน 6-30 นาทีหลังตื่นนอน หรือภายใน 31-60 นาทีหลังตื่นนอน ความรู้สึก

ลำบากหรือยุ่งยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน สูบบุหรี่จัด ในชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน มีความต้องการสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล นิโคตินเป็นสารประกอบในบุหรี่ที่ทำให้ติดบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจ สบายใจขึ้น มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจและมีผลในการลดความอยากอาหารด้วย ซึ่งผลทางชีวภาพของนิโคตินนี้เป็นอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คือเมื่อเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก ซึ่งอาการถอนนิโคตินเป็นความรู้สึกเชิงลบ เช่น ปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เสร้า ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีแรงจูงใจ สมาธิไม่ดี หิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2. ภาวะเสพติดทางใจ เป็นการเสพติดบุหรี่ที่เกิดจากทัศนคติและความเชื่อ มีการเรียนรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้หายเครียด เพลิดเพลิน หายเบื่อ สมองแล่น ทำให้เกิดการติดอกติดใจอยากสูบบุหรี่เรื่อย ๆ จนติดเป็นนิสัยหรือเป็นความเคยชินอย่างหนึ่ง เมื่อไรที่รู้สึกเครียดหรือเบื่อ ๆ ก็จะคิดถึงบุหรี่

3. ภาวะเสพติดพฤติกรรมและสังคม เป็นความเคยชินของผู้สูบบุหรี่ที่ต้องหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างดื่มชาหรือกาแฟ หรือระหว่างดื่มอยู่ในวงเหล้า เป็นต้น ซึ่งการเสพติดนี้ผู้สูบบุหรี่มักมองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธภาพในสังคมได้ (วิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิรดี แซ่ลิ้ม, 2549) การเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ การอยู่ตามลำพังหรือเหงา ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ (ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

พยาธิสรีรวิทยาของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1964 ว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นอันตรายต่ออวัยวะทุกระบบของร่างกายและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ การที่นิโคตินสามารถผ่านเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็วภายในเวลา 10 วินาที (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้ทันทีที่สูบบุหรี่ โดยมีผลทำให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น และอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ในนาทีที่ 5 หลังการสูบบุหรี่ การทำงานของปอดลดลงทำให้มีอาการหายใจสั้น หนึ่อย่างง่าย เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจและปอด นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักเพิ่มสูงขึ้น 2-3 ครั้งต่อนาที แก่ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ หากมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานยิ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว และส่งผลกระทบต่อความรุนแรงและอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดังนี้

1. ผลของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตของร่างกายถูกกำหนดโดยปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจ

ใน 1 นาที (Cardiac output) และความต้านทานโดยรวมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total peripheral resistance) ร่างกายยังมีระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ 4 ระบบ ได้แก่

- 1) ตัวรับความดันและตัวรับเคมีในหลอดเลือดแดงจะเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เมื่อความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนพริน (Nor-epinephrine) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความแรงในการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น
- 2) การควบคุมปริมาตร สารน้ำในร่างกาย ไตมีบทบาทสำคัญในระบบนี้ เมื่อมีโซเดียมและปริมาตรของน้ำในร่างกายมากเกินไป ไตจะคัดกรองและนำกลับเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนอกเซลล์ ทำให้ปริมาตรเลือดโดยรวมเพิ่มขึ้น ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
- 3) ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin) เรนินเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากไต มีฤทธิ์ในการเปลี่ยนโปรตีนในพลาสมาที่สร้างจากตับ และเปลี่ยนโปรตีนในพลาสมาที่สร้างจากปอด มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นการหลั่งแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ของต่อมหมวกไต เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการยับยั้งการขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และ
- 4) การควบคุมตัวเองของหลอดเลือดเป็นการปรับตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มหรือลดปริมาตรของเลือดในหลอดเลือด การขยายตัวและการหดตัวของหลอดเลือดนี้ย่อมมีผลต่อแรงต้านทานของหลอดเลือด และมีผลต่อระดับความดันในหลอดเลือดแดงด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่จะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดและความผิดปกติของไขมันในเลือด กล่าวคือ การสูบบุหรี่ทำให้นิโคตินและสารพิษในควันบุหรี่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด มีผลโดยตรงทั้งต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารเอพิเนพริน (Epinephrine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายอะดรีนาลีน (Adrenaline) ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นและมีผลต่อระดับไขมันในเลือดทำให้มีการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) ในขณะเดียวกันทำให้ไขมันในเลือดชนิดดี (High density lipoprotein) ลดลง (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552) นอกจากนั้นแล้วสารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดซึ่งไปกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ในร่างกายให้เพิ่มจำนวนขึ้นไปเกาะกันกับเอ็นโดทีเลียล (Endothelium) และนิวโทรฟิลตัวอื่น ๆ จนเกิดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งเอ็นโดทีเลียลเซลล์ (Endothelial cell) สร้างสารที่สำคัญ คือ ไนตริกออกไซด์

(Nitric oxide) ซึ่งมีบทบาทเป็นสารต้านการอักเสบ ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว จึงป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นโดทีเลียลเซลล์ลดลงทำให้ปริมาณการสังเคราะห์ไนตริกออกไซด์ลดลงด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะแรกคือ เซลล์เม็ดเลือดขาวที่ตอบสนองต่อการอักเสบจำนวนมากเคลื่อนที่เข้ามาเกาะติดกับผนังหลอดเลือด เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแบ่งตัวเพิ่มจำนวน มีการเพิ่มขึ้นของ Angiotensin converting enzyme และตัวรับ Chemokines และ Cytokine ถูกหลั่งออกมา และปริมาณอนุมูลอิสระที่มากขึ้น เมื่อเหตุการณ์เหล่านี้ดำเนินไปเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องจนในที่สุด เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และเมื่อกลไกดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการขาดออกซิเจนของร่างกายจากคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ที่อยู่ในบุหรีเข้าไปจับกับกับโมเลกุลของเม็ดเลือดแดงแทนที่ออกซิเจน ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถนำออกซิเจนไปยัง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ยิ่งทำให้เกิดการทำลายเซลล์ชั้นในของหลอดเลือดมากขึ้น ไขมันชนิดต่าง ๆ เช่น ไขมันในเลือดชนิดไม่ดีที่มีอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายจนเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้นเลือดหนืดข้นและแข็งตัวเร็วขึ้น จนทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเร็วขึ้นเป็น 2-3 เท่ากว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (กุลธิดา เมธา วสิน, 2552)

2. ผลของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่างกายไม่สามารถดึงน้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่างกายจะมีการปรับตัวให้อยู่ในภาวะอินซูลินในเลือดสูง ซึ่งส่งผลให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินในระดับปกติได้ เมื่ออินซูลินน้อยลงกลูคากอนจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะมีผลให้ไปเร่งการสลายไกลโคเจนที่ตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้นจนเมื่อเกินขีดกั้นของไตน้ำตาลจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ (สารัช สุนทร โยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรีเป็นตัวทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) กล่าวคือ มีระดับอินซูลินมากกว่าปกติ แต่เซลล์กลับตอบสนองอินซูลินได้น้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองของเบตาเซลล์ของตับอ่อนบกพร่องไป ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เกิดการเผาผลาญในเซลล์ผิดปกติ มีการย่อยสลายไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ที่เป็นพิษต่อร่างกาย ทำให้หลอดเลือดอักเสบไขมันที่มีอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายจนเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้น เลือดหนืดข้นและแข็งตัวเร็วขึ้น

ทำให้เลือด จับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จนเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (อารยา ทองผิว, 2552) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังสูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้รูเส้นเลือดตีบลงและอุดตันได้ ซึ่งการอุดตันของเส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและเนื้อสมองขาดเลือด เกิดหัวใจวายหรือเป็นอัมพาตได้ และการสูบบุหรี่มีผลต่อปลายประสาททำให้ปลายประสาททั่วร่างกายเสื่อมเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการชาตามที่แตกต่างกัน ทำให้เป็นแผลที่เท้าง่ายขึ้นและแผลหายยาก เพิ่มโอกาสในการถูกตัดเท้า รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานตามมา ได้แก่ โรคของจอตา (Retinopathy) โรคแทรกซ้อนที่ไต (Nephropathy) โรคของปลายประสาท (Neuropathy) เป็นต้น (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมโรคและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเร็วขึ้น

การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Smoking cessation)

ความหมายการเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่เคยสูบเป็นประจำทุกวัน แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2553)

การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (ฉันทิยา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558)

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมิได้สูบบุหรี่ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน (จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และสุวิมล โรจนาวี, 2556)

การเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หมายถึง ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี (Jianvitayakij et al., 2014)

การเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ ความพร้อมในการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or stage of change) และยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย แบ่งความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ออกเป็น 5 ระดับ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; Prochaska, Redding, & Evers, 2008) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะไม่คิดจะเลิกสูบ (Precontemplation) เป็นระยะในช่วงเวลา 6 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ การที่บุคคลอยู่ในกลุ่มนี้อาจเกิดจาก

การที่ไม่เข้าใจ หรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่ หรือการเคยมีความพยายาม แต่ไม่ประสบความสำเร็จ

ระยะที่ 2 ระยะไตร่ตรองถึงการเลิกสูบบุหรี่ (Contemplation) เป็นระยะในช่วงเวลา 6 เดือน ข้างหน้าผู้สูบบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังคงมีความลังเล หรืออุปสรรคบางประการอยู่ รวมถึง ยังไม่มีแผนการเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน

ระยะที่ 3 ระยะตั้งใจว่าจะเลิกและพร้อมที่จะเลิก (Preparation) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ให้ได้ภายใน 1 เดือนข้างหน้ารวมถึงเคยมีประวัติพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ อย่างจริงจังมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ระยะที่ 4 ระยะลงมือเลิกสูบบุหรี่ (Action) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ระยะที่ 5 ระยะเลิกได้และไม่คิดกลับไปสูบบุหรี่อีก (Maintenance) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่จะไม่คิดกลับไปสูบบุหรี่อีก

สำหรับงานวิจัยนี้การเลิกสูบบุหรี่หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถหยุดสูบบุหรี่ ได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

วิธีการเลิกสูบบุหรี่

เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และจิตใจ คือ ความเคยชิน และสารชีวเคมีในสมอง โดยสารสื่อประสาทในสมองจะหลังเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคตินในควันบุหรี่ ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี ต่อผู้ปฏิบัติ แต่เป็นสิ่งที่ยากในทางการปฏิบัติสำหรับผู้ที่กำลังจะเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลจะมีวิธีการที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ จะต้องมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ จะช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีหักดิบ

วิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2553) ได้กล่าวถึงวิธีในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองไว้ ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของตนเอง โดยทบทวนรวบรวมเหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ อาการที่จะเกิดขึ้นในขณะที่หยุดสูบบุหรี่ พร้อมวางแผนวิธีการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ เข้ารับขอคำแนะนำ ในการเลิกสูบบุหรี่

2. สร้างแรงจูงใจให้ตนเองและหากำลังใจ โดยหาผลดีและผลเสียของการสูบบุหรี่ บอกเหตุผลที่ทำให้อยากเลิก บอกคนใกล้ชิดได้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ หากำลังใจ จากคนรอบข้างจะช่วยให้มีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่เพื่อคนที่รัก

3. กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การหาวันสำคัญของศาสนาหรือของครอบครัว ในการช่วยกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ

4. ลงมือทำ เมื่อถึงวันสำคัญที่กำหนดไว้ ให้หยุดสูบบุหรี่ทันที พร้อมทั้งบุหรี่ และอุปกรณ์ทั้งหมดเพื่อไม่ให้มีสิ่งที่จะมากระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่อีก และการงดสูบบุหรี่แบบหักดิบได้ผลสำเร็จมากกว่าแบบค่อย ๆ ลดปริมาณลง

5. หาแนวทางหากเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นภายหลังหยุดสูบบุหรี่ เช่น ความรู้สึกไม่สบายทางกายและทางจิตใจ อาการอยากสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่หยุดสูบบุหรี่ภายใน 24 ชั่วโมงแรก จากนั้นจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และจะมีอาการรุนแรงมากสุด ในวันที่ 3 ของการเลิกสูบบุหรี่ จากนั้นอาการจะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับจนไม่เหลืออาการใด ในระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

นอกจากนี้จากสถิติพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง และผู้ที่เลิกได้สำเร็จส่วนใหญ่ใช้วิธีไม่สูบบุหรี่เลย หรือวิธีหักดิบ ในผู้เลิกสูบบุหรี่โดยใช้วิธีค่อย ๆ ลดจำนวนมวนที่สูบลงนั้น ส่วนใหญ่จะไม่สามารถเลิกสูบได้ ซึ่งหากมีอาการอยากสูบบุหรี่ ให้ปฏิบัติตามหลัก 5 D ดังนี้

Delay อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ

Deep breath หายใจเข้าออกลึก ๆ 5-10 ครั้ง

Drink water ดื่มน้ำซ่า ๆ จิบน้ำหรืออมน้ำ

Do something else หาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่

Destination ให้คิดถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยวิชาชีพพยาบาล สามารถให้การช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง โดยให้การช่วยเหลือในแต่ละครั้งตามการนัดหมาย หรือการพูดคุยเพื่อการวางแผนในการเลิกบุหรี่ ตั้งแต่พบผู้ป่วยหรือผู้สูบบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) ดังนี้

1. Ask (ถาม) โดยการสอบถามประวัติการบริโภคยาสูบและคนใกล้ชิดหากไม่มีประวัติการบริโภคยาสูบ หรือเลิกไปนานเกิน 6 เดือน ให้คำชมเชย หรือถ้ากำลังบริโภคยาสูบ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ หรือส่งเสริมในขั้นตอนต่อไป

2. Advise (แนะนำ) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียจากการบริโภคยาสูบ อย่างเป็นทางการแนะนำให้ผู้เลิกยาสูบ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกบริโภคยาสูบ ใช้คำพูดเชิงบวก

3. Assess (การประเมิน) พยายามประเมินความตั้งใจในการเลิกบริโภคยาสูบ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม โดยระยะเวลาของความตั้งใจเลิกบริโภคยาสูบเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและมีขั้นตอน ความแตกต่างของผู้สูบบุหรี่แต่ละคน

4. Assist พยายามช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ ด้วยหลัก 5R's ดังนี้

4.1 Relevance พยายามบอกถึงความสัมพันธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่

4.2 Risks พยายามบอกความเสี่ยงและผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่

4.3 Rewards พยายามบอกประโยชน์และผลดีของการเลิกสูบบุหรี่

4.4 Roadblocks พยายามบอกอุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหาการเลิกสูบบุหรี่

4.5 Repetition พยายามสรุปเน้นย้ำความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่

5. Arrange (การวางแผนติดตามผล) พยายามควรวางแผนการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามครั้งแรกหลังจากวันที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ภายใน 1 เดือน และติดตามทุกกระยะ 3 เดือน 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี และในรายที่กลับมาสูบบุหรี่ พยายามไม่ควรตำหนิแต่ควรให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ การที่จะให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องนั้น ผู้สูบบุหรี่ควรมีการรับรู้และตระหนักในผลของปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น และมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลิกสูบบุหรี่ และการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ จะช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเริ่มนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950-1960 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่ออธิบายเหตุผลที่ประชาชนไม่มารับบริการป้องกันโรคในขณะนั้น ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรควัณโรค การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับวัคซีน หรือวิธีการทดสอบต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือคิดค่าใช้จ่ายในราคาถูก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลส่วนใหญ่มาจากทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive theory) ของ Lewin ซึ่งมีแนวคิดว่าพื้นที่ชีวิต (Life space) ของคนเรานั้นมีทั้งส่วนที่มี

การให้คุณค่าทางบวก (Positive valence) การให้คุณค่าทางลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง ๆ (Relative neutral) ความเจ็บป่วยอยู่ในส่วนที่มีการให้คุณค่าทางลบ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงหนีออกไปด้วยการมีพฤติกรรมการป้องกัน เพื่อการดึงเข้าสู่ส่วนที่มีการให้คุณค่าทางบวก ดังนั้นเป้าหมายเริ่มแรกของแบบจำลอง คือ การอธิบายพฤติกรรมการป้องกัน แต่ต่อมามีการนำมาใช้กับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในทุกระยะของสุขภาพ ตั้งแต่พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick role behavior) (Champion & Skinner, 2002)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นจึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ (Perceived threat) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น และ 2) ผลลัพธ์ของการชั่งน้ำหนักกระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำนั้น โดยหากบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพ และรับรู้ว่ามีปัญหานั้นจะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตตนนั้นคือ บุคคลรับรู้ได้ถึงภาวะคุกคามทางสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นกับตน และเมื่อชั่งน้ำหนักกระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วพบว่าประโยชน์มีมากกว่า บุคคลนั้นมีแนวโน้มสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำนั้น ในทางตรงข้ามถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงภาวะคุกคามสุขภาพ แต่รับรู้ว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์อะไรมากนัก เมื่อเทียบกับปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action) (Champion & Skinner, 2002) รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว การรับรู้นี้อาจแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่น ๆ ได้ หรือปัญหาสุขภาพนั้นเล็กน้อยเพียงใด

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินตนเองต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากในการใช้ระยะเวลาการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน และมีผลกระทบต่อบทบาทของตนในครอบครัว มีผลต่อการทำงานของตน และอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคม

ของบุคคล การรับรู้ในด้านนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยกรอบแนวคิดของเบคเกอร์กล่าวว่าหากบุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิตสถานภาพทางสังคม จึงจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคยอมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ถึงประโยชน์หรือข้อดี ข้อเสียในการปฏิบัติให้หายจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการเชื่อว่าคำแนะนำเหล่านั้นจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการที่บุคคลจะปฏิบัติและยอมรับในสิ่งใดนั้น บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพ สามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้ไม่เจ็บป่วยและมีการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรค ถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้น ได้ตามแนวคิดของเบคเกอร์ กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้น ๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา จากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ โดยการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค (Barriers) เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ รู้สึกอายนั่ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าทำให้เกิดประโยชน์นั้น บุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Champion & Skinner, 2002)

และในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock et al. (1988) เพิ่มองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura เข้ามาเป็นอีกองค์ประกอบในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งหมายถึงความมั่นใจว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำมาน้อยเพียงใดและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเกิน การขาดการออกกำลังกาย (Champion & Skinner, 2002; Rosenstock et al., 1988)

5. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ (Perceived self-efficacy)

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้ในระดับใด เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น การมั่นใจว่าสามารถประพฤติตามต้องการมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Champion & Skinner, 2002)

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

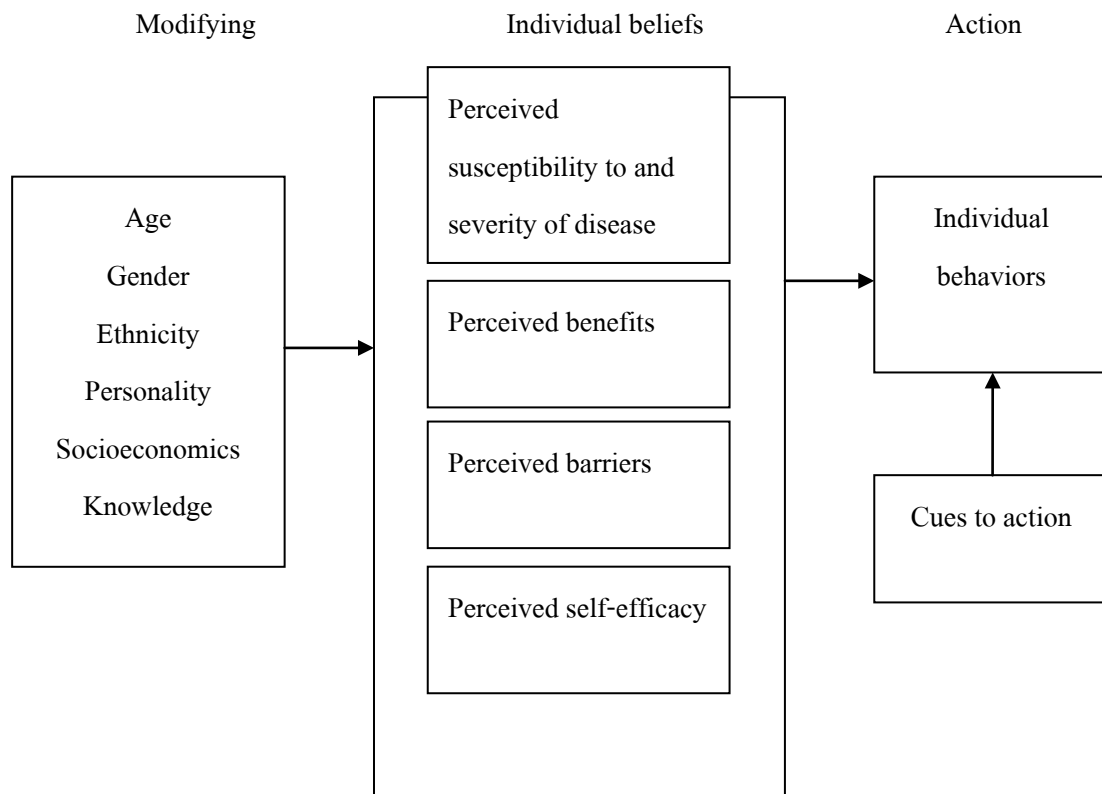
6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทักษะคดีเกี่ยวกับการป้องกันเป็นต้น

7. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ หรือกระตุ้นบุคคลให้แสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา (Champion & Skinner, 2002) แบ่งได้ 2 แบบ คือ ปัจจัยชักนำภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะอาการโรค หรืออาการเจ็บป่วยของตนเอง ปัจจัยชักนำภายนอก (External cues) ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การบอกกล่าวจากบุคคลที่รักหรือนับถือ เช่น ภรรยา บุตร บิดา มารดา เป็นต้น

จากการศึกษาข้างต้น การรับรู้เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันไปในทางบวก อีกทั้งการมีปัจจัยชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 Health belief model component and linkage (Champion & Skinner, 2002)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังเจ็บป่วยถึงโอกาสที่ตนจะเป็นโรคอื่นหรือเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่ เช่น การศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว (2555) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสูบบุหรี่โรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ได้เด็ดขาด เนื่องจากกลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 33.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2552) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่เป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยวัยโรคสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 20 แต่ต่างจากการศึกษาของ ยูพรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) พบว่า ความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น

ต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวของผู้ชายคิดเป็น 5.6 เท่า (95% CI = 3.80-8.10) และในผู้หญิงคิดเป็น 4.4 เท่า (95% CI = 2.70-7.10)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่เป็นความรู้สึก ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงผลกระทบหากยังสูบบุหรี่อยู่ อาจทำให้เสียชีวิต เกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จากการศึกษาของ ยูพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ สอดคล้องการศึกษาของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) พบว่า หากผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจะส่งผลให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 5.17 เท่า (95% CI = 2.12-12.60) ของผู้ที่ไม่เชื่อว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า การคำนึงถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทย ที่มีโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น 1.27 เท่า (95% CI = 1.13-1.43) ของผู้ที่ไม่ได้คำนึงถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่

3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เป็นความเชื่อความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่า ผลเสีย จากการศึกษาของ Parn-In (2009) พบว่า การเห็นประโยชน์ในการเลิกสูบบุหรี่ การต้องการ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุตรหลานเป็นปัจจัยนำที่ผู้สูงอายุสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ยูพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน เพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน เพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ศึกษาอิทธิพล ต่อการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 1.02 เท่า (95% CI = 1.01-1.03) ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

4. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ที่มีระยะเวลาสูบบุหรี่มานานหากหยุด สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคติน เกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และเกิดความรู้สึก อยากรสูบบุหรี่ อันเนื่องจากการติดนิโคติน ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น การศึกษา งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Eklund et al. (2012) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวสวีเดนที่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นเรื่องยากที่จะเลิกบุหรี่เนื่องจากสูบบุหรี่มานาน

ไม่มีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเลิกบุหรี่ กลัวผลข้างเคียงจากการเลิกบุหรี่ เช่น ความดันโลหิตต่ำ วิงเวียน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามการรับรู้อุปสรรคจะช่วยเพิ่มความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่นการศึกษาของ จานังค์ แก้วนาวิ, อุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์ และวรรณ บัวขาว (2555) พบว่า ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมสถานการณ์ สร้างความเข้มแข็งของจิตใจ 2) ด้านการรับรู้ต้นเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง 3) ด้านการเข้าสู่ปัญหาอย่างมีสติ 4) ด้านความอดทนต่อปัญหาที่ต้องมีความอดทนอดกลั้น ไม่นึกถึงบุหรี่ มีผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่คิดนิโคตินระดับสูง เมื่อหยุดสูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญอุปสรรคการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 47.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น 0.97 เท่า (95% CI = 0.96-0.98) ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

5. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ในระดับใด การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูง (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความมุ่งมั่น มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ก็จะประสบความสำเร็จ แต่หากผู้ป่วยยังลังเลหรือไม่เต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่ความสำเร็จจะลดลง เช่นการศึกษาของ อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2552) พบว่า กลุ่มที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีความคาดหวังความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูง จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.44 เท่า (95% CI = 1.20-1.44) ของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ

6. การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำ การดักเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ย่อมส่งผลกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุปรียา ต้นสกุล, 2550) ดังการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คิดเป็น 3.10 เท่า (95% CI = 1.60-6.10) และ 3.50 เท่า (95% CI = 1.00-12.30) ของคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 1.10 เท่า (95% CI = 1.01-1.20, $p < 0.029$) และยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคนใกล้ชิดสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่มีโอกาสดังกล่าวสำเร็จเป็น 2.55 เท่า (95% CI = 1.67-3.90) ของผู้ที่ไม่เคยมีคนใกล้ชิดสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่

7. อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างทั้งด้านพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การเรียนรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ (อัปสรศิริ เอี่ยมประชา, 2557) จากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรทั่วไปของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี และอายุ 60 ขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.78 เท่า (95% CI = 1.76-1.79) และ 4.03 เท่า (95% CI = 4.00-4.07) ของผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al. (2009) เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการเลิกบุหรี่ พบว่า ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เลิกบุหรี่ได้สูงเป็น 2.76 เท่า (95% CI = 1.72-4.43) ของผู้ที่อายุ 18-24 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ศึกษาปัจจัยการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ 1.05 เท่า (95% CI = 1.01-1.09)

8. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ นิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด เนื่องจากไปกระตุ้นสารสื่อประสาทโดปามีนทำให้ร่างกายมีความสุข ส่งผลเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเสพติดไปและเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ฉะนั้น ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ๆ หลายปีจะมีภาวะตินิโคติน ส่งผลให้เลิกบุหรี่ได้ยาก ดังนั้น ระยะเวลาที่สูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ จากการศึกษาของ Boonchan (2007) พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานาน 11 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2012) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ในช่วง 16-30 ปี มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 0.21 เท่า (95% CI = 0.05-0.92; $p < .039$) ของคนที่สูบบุหรี่ในช่วง 0-15 ปี

จากการศึกษาที่กล่าวมาพบว่า การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มของปัญหาและความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองหรือบุคคลใกล้ชิด การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ตามมาตรการด้านการจัดการโรคเรื้อรัง ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายก่อนวัยอันสมควร จากโรคเรื้อรังของสำนักโรคไม่ติดต่อ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้น ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีทั้งการรับรู้ที่เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคล

ที่จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันไปในทางบวก อีกทั้งการมีปัจจัยที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษานี้เลือกศึกษาตัวแปรตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ 4) การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ 6) การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Matched Pairs Case-Control เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ (Case) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ (Control) มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานเพศชายที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลและประหยัดค่าใช้จ่าย เรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย การบริการมีแพทย์ พยาบาล เกษักร จากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ออกให้บริการตรวจรักษาและดูแลต่อเนื่องที่ รพ.สต. แม่ข่าย ในจังหวัดตราด ทั้งหมด 18 แห่ง รวมผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,200 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2557 ข)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชาย ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แม่ข่ายของจังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 30-60 ปี
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
3. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประวัติการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มศึกษา หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่
2. กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่หรือเคยเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางการศึกษา แบบ Case-control Study สถิติ Logistic regression หรือ Odds Ratios (OR) ของ Lameshow, Hosmer, Klar, and

Lwanga (1990) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เท่ากับ 0.5 (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) และระดับความเสี่ยงของปัจจัยที่ Odds ratio = 2.2 ซึ่งได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่า OR ระหว่าง 1.0-3.5 (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Jianvitayakij et al., 2014) อำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% กำหนดอัตราส่วน Case-control เป็น 1:1 (Lameshow et al., 1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มเท่ากับ 104 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มทั้งหมดต้องมีไม่น้อยกว่า 104 คน ในการศึกษาครั้งนี้ เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (จุพาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 230 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Case) จำนวน 115 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) จำนวน 115 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

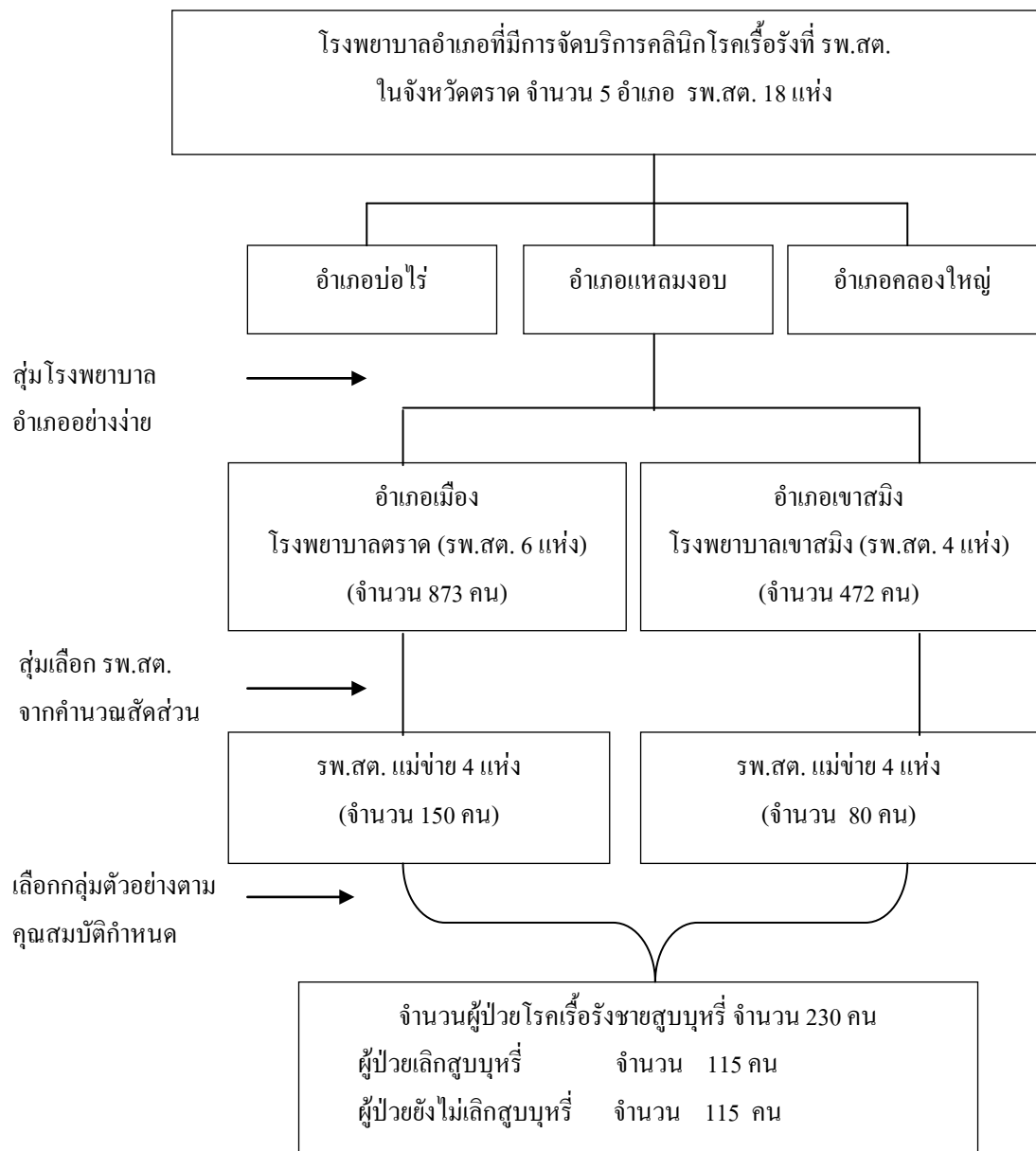
1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดตราด ที่มีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. แม่ข่าย) คือ โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลเขาสมิง โรงพยาบาลคลองใหญ่ โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลแหลมงอบ ซึ่งมี รพ.สต.แม่ข่ายทั้งหมด 18 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่ายตามประเภทโรงพยาบาล ได้จำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลตราด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอเมือง และโรงพยาบาลเขาสมิง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอเขาสมิง

2. เลือก รพ.สต. แม่ข่าย จากโรงพยาบาลประจำอำเภอที่สุ่มได้ในข้อ 1 โดยโรงพยาบาลตราดมี รพ.สต. แม่ข่าย ทั้งหมด 6 แห่ง และโรงพยาบาลเขาสมิง มี รพ.สต. แม่ข่าย 4 แห่ง ด้วยสัดส่วน 1:1 โดยวิธีจับฉลากแบบไม่นำกลับคืนที่ได้ รพ.สต. แม่ข่ายตัวอย่างอำเภอเมืองตราด 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. ห้วยน้ำขาว รพ.สต. ท่าพริก รพ.สต. ชำรอก และ รพ.สต. หนองเสม็ด อำเภอเขาสมิง 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. สะตอ รพ.สต. ประณีต รพ.สต. บ้านโป่ง และรพ.สต. ท่าโสม

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละ รพ.สต. จากการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยจับคู่ (Matched pairs) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกัน ได้แก่ ช่วงอายุ (อายุ 20-40 ปี, อายุ 41-60 ปี) และจำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ต่ำกว่า 40 ปี, ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) เพื่อเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร แต่ละอำเภอ

อำเภอเมือง จำนวน 150 คน (กลุ่มศึกษา 75 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 75 คน)

อำเภอเขาสมิง จำนวน 80 คน (กลุ่มศึกษา 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 2 ข้อ

1. ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ จำนวนข้อย่อย 6 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิก วิธีการที่เคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ และเหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่

2. ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้นำคำถามประเมินความพร้อมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดระยะการเลิกสูบบุหรี่ (Stage of change) (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552; Prochaska et al., 2008) จำนวน 1 ข้อย่อย ได้แก่ “หลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ นานเท่าใด” มีคำตอบให้เลือก 6 ตัวเลือก คือ 1) ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้ 2) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า 3) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า 4) อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน 5) เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือนแต่ไม่ถึง 1 ปี 6) เลิกสูบบุหรี่นานมากกว่า 1 ปี จากการตอบคำถามดังกล่าวแบ่งกลุ่มการเลิกสูบบุหรี่เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตอบเลิกสูบบุหรี่ได้นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตอบ 1) ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้ 2) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า 3) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า 4) อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive) ทั้งหมด มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน)-เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 12-60 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด

ให้คะแนน 5

เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่สูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive) ทั้งหมด มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน)-เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 10-50 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่สูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทย ที่มีโรคความดันโลหิตสูงของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive) ทั้งหมด มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน)-เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 10-50 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2

เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 1

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่สูง ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดัน โลหิตสูงของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive) ทั้งหมด มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นว่าข้อความนั้น ตรงกับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน)-เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 10-50 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่สูง ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่ ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของ Velicer et al. (1990) แปลโดย Jianvitayakij et al. (2014) ประกอบด้วย สถานการณ์ที่ใช้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในตนเอง ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ 20 สถานการณ์ โดยแบ่งสถานการณ์ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านบวก (Positive affect/ Social situation) สถานการณ์ด้านลบ (Negative affect situation) และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ (Habitual/ Craving situation) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน)-ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20-100 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนน 5
มั่นใจมาก	ให้คะแนน 4
มั่นใจปานกลาง	ให้คะแนน 3
ไม่มั่นใจมาก	ให้คะแนน 2
ไม่มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนน 1

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการเลิกสูบบุหรี่สูง

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถาม
พฤติกรรมที่สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดของ Cohen and Lichtenstein (1990)
แปลโดย Jianvitayakij et al. (2014) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale)
5 ระดับ คือ บ่อยมาก (คะแนน 4) ไม่เคย (คะแนน 0) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-80 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

บ่อยมาก	ให้คะแนน 4
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน 3
บางครั้ง	ให้คะแนน 2
นานๆครั้ง	ให้คะแนน 1
ไม่เคย	ให้คะแนน 0

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความตรงของเนื้อหา
และความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) นำแบบสัมภาษณ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้
ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้
ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ปรีกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล
1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูบบุหรี่ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง
ในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเชิงทฤษฎี คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2006) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังนี้

ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.9

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.9

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

2. หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้
กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน
(กลุ่มศึกษา 15 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน) ที่ รพ.สต. ในอำเภอป่าไร่ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้
สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ
(Alpha) เท่ากับหรือมากกว่า 0.7 (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99

การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขออนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด สาธารณสุขอำเภอเมือง
สาธารณสุขอำเภอเขาสมิง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาต
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่

2. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำการเก็บรวบรวม
ข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการวิจัยและนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัด
ยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสมิง 1 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. 1 คน ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย
ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและจริยธรรมของนักวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจ

ตรงกัน และสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และให้ผู้ช่วยวิจัยลงนาม
ในใบยินยอมว่าเก็บข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นความลับ

ขั้นดำเนินการ

1. ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจัดเตรียมห้อง
รพพบแพทย์ให้เอื้อต่อการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ณ คลินิก โรคเรื้อรัง รพ.สต.
ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมเข้า
ร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัย
และผู้ช่วยวิจัย ทำการอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ฟังทีละข้อ โดยอ่านให้ฟังอย่างช้า ๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
โดยไม่อธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที
3. เมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของ
แบบสัมภาษณ์ที่ได้ หากพบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม
หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-10-2559
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อลงในใบยินยอมทุกครั้งก่อนทำการสัมภาษณ์
ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะเซ็นใบยินยอม แต่ยินดีที่จะให้สัมภาษณ์
3. ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์
และรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคัดเลือก โดยแจ้งให้ทราบว่าการตอบรับ
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้าใช้บริการของกลุ่มตัวอย่างใด ๆ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วม
การวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมหรืออนุญาตแล้วจึง
ทำการสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อความความเป็นส่วนตัว
และลดความวิตกกังวลในระหว่างการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
5. แบบสัมภาษณ์ไม่มีการระบุชื่อ สกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสแทน แบบสัมภาษณ์
ที่ตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด คำตอบที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทุกอย่าง

จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลภายหลังผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดตราด โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression ที่ 95% CI (Confidential interval of odds ratio) ทั้งนี้เนื่องจากระดับการวัดตัวแปรตามเป็นมาตรา นามบัญญัติ (Nominal scale) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เลิกสูบบุหรี่ 2) ยังไม่เลิกสูบบุหรี่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือทั้งสองโรคเพศชายมีประวัติการสูบบุหรี่ทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่าย จังหวัดตราด

จำนวน 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 230 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มศึกษา) จำนวน 115 คน

กลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 115 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ร้อยละ 96.5 เป็นวัยผู้ใหญ่ ตอนกลาง มีอายุอยู่ในช่วง 33-60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.33 ($SD = 6.16$) โดยกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.29 ปี ($SD = 6.13$) และ 53.37 ปี ($SD = 6.06$) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.5 และ 68.7 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 และ ร้อยละ 69.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.5 และร้อยละ 65.2 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1-5 ปี ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 73.0 ซึ่งกลุ่มศึกษามีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.86 ปี ($SD = 4.12$) และ 4.52 ปี ($SD = 4.10$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเล็กสูง (n = 115)		กลุ่มยังไม่เล็กสูง (n = 115)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)	4	3.5	4	3.5
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)	111	96.5	111	96.5
Min, Max	33, 60		34, 60	
Mean, SD	55.29, 6.13		53.37, 6.06	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
5,000-10,000	73	63.5	79	68.7
10,001-15,000	19	16.5	15	13.0
> 15,000	23	20.0	21	18.3
Min, Max	5,000, 30,000		5,000, 32,000	
Mean, SD	11,752.17, 5,215.68		11,504.35, 5,615.41	
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.9	6	5.2
ประถมศึกษา	87	75.6	80	69.6
มัธยมศึกษา	21	18.3	19	16.5
อนุปริญญา/ ปวส./ ปวช.	3	2.6	7	6.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	2.6	3	2.6
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	73	63.5	75	65.2
เบาหวาน	12	10.4	20	17.4
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	30	26.1	20	17.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเล็กสูบ		กลุ่มยังไม่เล็กสูบ	
	(n = 115)		(n = 115)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่ เป็นโรครีอริง (ปี)				
1-5	68	59.1	84	73.0
6-10	35	30.4	24	20.9
11-15	8	7.0	3	2.6
> 15	4	3.5	4	3.5
Min, Max	1, 19		1, 20	
Mean, SD	5.86, 4.12		4.52, 4.10	

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มศึกษาเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 37.4 รองลงมาเริ่มสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 30.4 อายุมากที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 30 ปีอายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 10 ปี อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 17.90 ปี ($SD = 3.48$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเริ่มสูบบุหรี่ช้ากว่า คือ เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 53.1 อายุมากที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 25 ปีอายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 12 ปี อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 18.89 ปี ($SD = 3.07$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่ของ ร้อยละ 68.7 และ ร้อยละ 54.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 85.2) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานที่สุดเท่ากับ 48 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 8 ปี โดยกลุ่มศึกษา มีระยะเวลาสูบบุหรี่นานที่สุดเท่ากับ 44 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 8 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 29.98 ปี ($SD = 7.42$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานที่สุดเท่ากับ 48 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 17 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 34.48 ปี ($SD = 5.55$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเกือบทั้งหมดเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยกลุ่มศึกษามีจำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไปน้อยกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 64.0 โดยเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดเท่ากับ 3 ครั้งขึ้นไปและน้อยที่สุดคือ ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เลย และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ให้เหตุผลของการเลิกสูบบุหรี่ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 51.9 และ ร้อยละ 42.0 ตามลำดับ วิธีที่ใช้เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะใช้วิธีหักดิบ (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 และตารางในภาคผนวก)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่	กลุ่มเลิกสูบ (n = 115)		กลุ่มยังไม่เลิกสูบ (n = 115)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเริ่มต้นสูบบุหรี่				
วัยรุ่นตอนต้น (10-13 ปี)	7	6.1	6	5.2
วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี)	30	26.1	20	17.4
วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี)	43	37.4	28	24.3
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)	35	30.4	61	53.1
Min, Max	10, 30		12, 25	
Mean, SD	17.90, 3.48		18.89, 3.07	
ชนิดบุหรี่ที่สูบ				
บุหรี่ซอง	79	68.7	63	54.8
บุหรีมวนเอง	24	20.9	36	31.3
สูบทั้งบุหรีซองและบุหรีมวนเอง	12	10.4	16	13.9
จำนวนปีที่สูบบุหรี่				
ต่ำกว่า 40 ปี	98	85.2	98	85.2
40 ปีขึ้นไป	17	14.8	17	14.8
Min, Max	8, 44		17, 48	
Mean, SD	29.98, 7.42		34.48, 5.55	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่	กลุ่มเลิกสูบ (n = 115)		กลุ่มยังไม่เลิกสูบ (n = 115)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ความพยายามเลิกสูบบุหรี่			
ไม่เคย	61	53.0	65	56.5
เคย	54	47.0	50	43.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	กลุ่มเลิกสูบ (n = 54)		กลุ่มยังไม่เลิกสูบ (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่			
1 ครั้ง	31	57.4	32	64.0
2 ครั้ง	12	22.2	17	34.0
3 ครั้งขึ้นไป	11	20.4	1	2.0
เหตุการณ์เลิกสูบบุหรี่				
มีปัญหาด้านสุขภาพ	28	51.9	21	42.0
บุคคลใกล้ชิดขอร้องไห้เลิก	10	18.5	10	20.0
สิ้นเปลือง	8	14.8	14	28.0
กลัวอันตรายของบุหรี่	8	14.8	5	10.0

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่

การวิจัยนี้ได้แบ่งการสูบบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ พบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่มีช่วงคะแนน 12 ถึง 60 คะแนน พบว่า กลุ่มเลิกสูบบุหรี่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 47.57 ($SD = 7.21$) และกลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.89 ($SD = 8.09$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่มีช่วงคะแนน 10 ถึง 50 คะแนน พบว่า กลุ่มเลิกสูบบุหรี่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 40.79 ($SD = 6.35$) และกลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.23 ($SD = 7.31$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ถึงประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่มีช่วงคะแนนที่ 10 ถึง 50 คะแนน พบว่า กลุ่มเลิกสูบบุหรี่มีการรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 45.97 ($SD = 4.51$) และกลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.71 ($SD = 5.32$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีช่วงคะแนนที่ 10 ถึง 50 คะแนน พบว่า กลุ่มเลิกสูบบุหรี่มีการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 14.40 ($SD = 5.09$) และกลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.30 ($SD = 7.63$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีช่วงคะแนนที่ 20 ถึง 100 คะแนน พบว่ากลุ่มเลิกสูบบุหรี่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มยังไม่เลิก

สูบบุหรี่ เท่ากับ 97.33 ($SD = 6.74$) และกลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.63 ($SD = 20.07$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่

การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีช่วงคะแนนที่ 0 ถึง 80 คะแนน พบว่า กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 41.80 ($SD = 16.09$) และกลุ่มไม่เลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.23 ($SD = 17.29$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วง คะแนน	Min- Max	เลิกสูบบุหรี่ ($n = 115$)		ยังไม่เลิก ($n = 115$)	
			Mean (SD)	Media n	Mean (SD)	Median
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	12-60	24-60	47.57 (7.21)	48.00	43.89 (8.09)	45.00
ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน						
การรับรู้ถึงความรุนแรง	10-50	19-50	40.79 (6.35)	40.00	37.23 (7.31)	38.00
ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน						
การรับรู้ประโยชน์	10-50	28-50	45.97 (4.51)	48.00	43.71 (5.32)	45.00
การเลิกสูบบุหรี่						
การรับรู้อุปสรรค	10-50	10-46	14.40 (5.09)	12.00	26.30 (7.63)	27.00
ของการเลิกสูบบุหรี่						
การรับรู้ความสามารถตนเอง	20-100	20-100	97.33 (6.74)	100.00	50.63 (20.07)	47.00
ในการเลิกสูบบุหรี่						
การได้รับสนับสนุน	0-80	0-79	41.80 (16.09)	43.00	21.23 (17.29)	19.00
เลิกสูบบุหรี่						

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่

ในการวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ด้วยสถิติถดถอยแบบ Binary logistic regression เลือกตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสมการในการวิเคราะห์พร้อม ๆ กัน (Enter method) ตัวแปรตาม คือ กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (กำหนดค่า = 1) และกลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ (กำหนดค่า = 0) ในการศึกษาทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) พบว่า มีตัวแปรอิสระ จำนวน 1 คู่ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (.82) หรือเกิดปัญหา Multicollinearity (Garson, 2012) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเลิกสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่ จึงพิจารณาไม่นำตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเลิกสูบบุหรี่เข้าวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยคงตัวแปรที่ผลการทบทวนวรรณกรรมระบุว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นเหลือตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบ Binary logistic regression ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ โดย

กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (OR = 1.29, 95% CI = 1.17-1.43) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($n = 230$)

ปัจจัยที่ศึกษา	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald	OR _{adj} (95% CI)	<i>p</i> -value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	-.06	.07	.59	.94 (.82-1.09)	.442
2. การรับรู้ประโยชน์ การเลิกสูบบุหรี่	-.21	.12	3.19	.81 (.65-1.02)	.074
3. การรับรู้อุปสรรค ของการเลิกสูบบุหรี่	-.10	.06	2.96	.90 (.81-1.01)	.086
4. การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่	.26	.05	23.54	1.29** (1.16-1.43)	< .001
5. การได้รับสนับสนุน เลิกสูบบุหรี่	.10	.03	14.52	1.11** (1.05-1.17)	< .001
Constant	-11.35	5.31	4.56	.000	

-2 Log likelihood = 52.49, Cox & Snell R Square = .686 , Nagelkerke R Square = .915

มีนัยสำคัญทางสถิติ * $p < .05$, ** $p < .001$

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Matched pairs Case-control เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือทั้งสองโรคเพศชาย มีประวัติการสูบบุหรี่ รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่าย จังหวัดตราด จำนวน 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 115 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 115 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยสถิติ Binary logistic regression สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 96.5 โดยกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.29 ปี ($SD = 6.13$) และ 53.37 ปี ($SD = 6.06$) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.5 และ 68.7 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 และร้อยละ 69.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.5 และร้อยละ 65.2 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1-5 ปี ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 73.0 ซึ่งกลุ่มศึกษามีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.86 ปี ($SD = 4.12$) และ 4.52 ปี ($SD = 4.10$) ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มศึกษาเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 37.4 รองลงมาเริ่มสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 30.4 อายุมากที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 30 ปี

อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 10 ปี อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 17.90 ปี ($SD = 3.48$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเริ่มสูบบุหรี่ช้ากว่า คือ เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 53.1 อายุมากที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 25 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ เท่ากับ 12 ปี อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 18.89 ปี ($SD = 3.07$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่ของ ร้อยละ 68.7 และ ร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่สูบบุหรือนานน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 85.2) ระยะเวลาที่สูบบุหรือนานที่สุดเท่ากับ 48 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 8 ปี โดยกลุ่มศึกษามีระยะเวลาสูบบุหรือนานที่สุดเท่ากับ 44 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 8 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 29.98 ปี ($SD = 7.42$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาที่สูบบุหรือนานที่สุดเท่ากับ 48 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 17 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 34.48 ปี ($SD = 5.55$) ตามลำดับ

ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเกือบทั้งหมดเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยกลุ่มศึกษามีจำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไปน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 64.0 และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ให้เหตุผลของการเลิกสูบบุหรี่ว่ามีมาจากปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 51.9 และร้อยละ 42.0 ตามลำดับ วิธีที่ใช้เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะใช้วิธีหักดิบ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า ($OR = 1.29, 95\% CI = 1.17-1.43$) และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า ($OR = 1.11, 95\% CI = 1.05-1.17$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่พบ ความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ อภิปรายผลดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (OR = 1.29, 95% CI = 1.17-1.43) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยากในการปฏิบัติเนื่องจากผู้สูบบุหรี่จะมีความเคยชิน และมีการเสพติดนิโคติน ซึ่งเมื่อเลิกสูบบุหรี่ระดับนิโคตินในเลือดจะลดลงก่อให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย สมาธิลดลง ดังนั้นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะต้องอาศัยความตั้งใจ และกำลังใจที่เข้มแข็งจึงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งผู้ที่มี การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล ทำให้บุคคลกล้าที่จะเผชิญต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ยากก็จะมี ความพยายามทำให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถตนเองในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่จะมีความพยายามในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู อุทธิยัง (2553) พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่อีก โดยหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์ จะช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.44 เท่า (95% CI = 1.20-1.44) ของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำเช่นเดียวกับการศึกษาของ ประภาพร ดองโพธิ์ (2556) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถร่วมทำนาย การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 1.17 เท่า (95% CI = 1.01-1.35)

การสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่

การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรัก ความหวังใจ รวมทั้งให้คำแนะนำ และสะท้อนคิด จะช่วยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว และเป็นกำลังใจให้ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Champion & Skinner, 2002) เมื่อพิจารณาตามรายข้อคำถาม พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อมีคนในครอบครัวหรือ

หรือพูดโน้มน้าวให้เลิกสูบบุหรี่ การได้รับกำลังใจ การได้รับการจัดหาสิ่งของทดแทนการสูบบุหรี่ นอกจากนั้น การได้รับคำตักเตือนหรือบทเรียนจากควันบุหรี่บ่อยครั้งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู อุทธิยัง (2553) พบเหตุผลของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ เนื่องจากอยากให้ครอบครัวมีความสุข ไม่อยากทะเลาะกับภรรยาเรื่องของการถูกรบกวน จากควันบุหรี่ อยากเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลาน และการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็น 3.10 เท่า (95% CI = 1.60-6.10) และ 3.50 เท่า (95% CI = 1.00-12.30) ของคนที่ไม่ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 1.10 เท่า (95% CI = 1.01-1.20, $p < 0.029$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคนใกล้ชิดสนับสนุน การเลิกสูบบุหรี่มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จเป็น 2.55 เท่า (95% CI = 1.67-3.90)

สำหรับปัจจัยที่ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่ อภิปรายผลดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

ไม่พบความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่นาน (ค่าเฉลี่ย 5.6 ปี

และ 4.5 ปี) และยังไม่มีความรุนแรง จึงไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ที่จะตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคนา วานอุปถัมภ์กุล (2552) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 15.3 ยังมีการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่

ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง และการศึกษาของ ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่เป็นประจำจนติดแล้ว โดยทุกครั้งที่สูบบุหรี่สารนิโคตินจะไปกระตุ้นสารโดปามีนซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดความสุข เกิดความรู้สึกพอใจ คลายเครียด แต่เมื่อขาดนิโคตินร่างกายจะเสียสมดุล

ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดความหงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง เป็นต้น (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) เมื่อพิจารณาตามรายข้อคำถาม พบว่า เมื่อเลิกสูบบุหรี่จะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายทางกาย ทำให้หงุดหงิดง่ายขึ้น สมาธิลดลง กระวนกระวายเมื่ออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู อุทัยยัง (2553) พบว่า ความเครียด การเกิดอาการนอนไม่หลับ คนรอบข้างชวนสูบบุหรี่และการเห็นคนอื่นสูบบุหรี่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่สำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ติดนิโคตินระดับสูง เมื่อหยุดสูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญอุปสรรคการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 47.33 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น 0.97 เท่า (95% CI = 0.96-0.98) ของกลุ่มสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

การรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานลงได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนที่มีความเข้าใจว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เข้าสู่สภาวะดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หากผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ร่วมกับมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก เกิดความรู้สึกทางลบก็จะทำให้ไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น (Rosenstock et al., 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.15, p = 0.06$) แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ศึกษาอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 1.02 เท่า (95% CI = 1.01-1.03) ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ให้ข้อมูลและคำปรึกษา ให้กำลังใจ และพูดเสริมแรงให้มีความมุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้และตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ
2. แร่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้น จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคเบาหวาน เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งหมดได้ จึงควรทำการศึกษา กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูล

1. แพทย์หญิงสุจิต สุขเวสพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลักษณ์วิระ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. อาจารย์รัชชนก สิทธิเวช หัวหน้าภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
5. นางเตือนใจ อธิเวสส์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลตราด

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

Factors Related to Smoking Cessation among Male Patients with Chronic Diseases in Trat Province

ชื่อนิสิต นางสาวอรพินท์ ชันแข็ง

รหัสประจำตัวนิสิต 54920155

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 10 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน เพศชายที่สูบบุหรี่ มีอายุ 30-60 ปี และไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 230 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่าย ห้างน้ำขาว ท่าพริก ชำราก หนองเสม็ด สะตอ ประณีต บ้านโป่ง และท่าโสม จังหวัดตราด

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-10-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรพินท์ ชันแข็ง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับ การศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือทั้งสองโรค เพศชาย มีประวัติการสูบบุหรี่ อายุ 30-60 ปี มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในอำเภอเมือง อำเภอเขาสมิง โดยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลเดือนมกราคม พ.ศ. 2560

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ การเลิกสูบบุหรี่ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด มี 8 ส่วน คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2) แบบสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่
- 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
- 4) แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
- 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่
- 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่
- 7) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
- 8) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการตอบคำถามจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที การดำเนินการสัมภาษณ์จะทำในช่วงเช้าในวันที่มารับบริการตามปกติ

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย จะเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิก สูบบุหรี่ หรือการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิเข้าร่วม โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลข แทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่าน ที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอรพินท์ ชันแข็ง หมายเลขโทรศัพท์ 089-802-8586 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรिताกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 091-7274205

นางสาวอรพินท์ ชันแข็ง
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรค
เรื้อรังชาย จังหวัดตราด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม การวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวอรพินท์ ชันแจ่ม.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวอรพินท์ ชันแจ้ง.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง
เครื่องมืองานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 89 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ

2.1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ (ข้อย่อย 5 ข้อ)

2.2 ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ (ข้อย่อย 1 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ

แบบสัมภาษณ์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่อย่างใด จึงขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงที่สุด โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ ไม่ต้องระบุ ชื่อ สกุล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ขอขอบพระคุณท่านในความร่วมมือนในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวอรพินท์ ชันแจ่ม

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัย

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

ข้อมูลทั่วไป

- | | |
|--|---|
| 1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุเต็มปี) | () |
| 2. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน | () |
| 3. ระดับการศึกษาสูงสุด | () |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ ปวส./ ปวช. |
| <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี |
| 4. ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใด | () |
| <input type="checkbox"/> 1. เบาหวาน | <input type="checkbox"/> 2. ความดันโลหิตสูง |
| <input type="checkbox"/> 3. เบาหวานและความดัน | |
| 5. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยถึงปัจจุบัน.....ปี | () |

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ | |
| 1.1 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ.....ปี | () |
| 1.2 ท่านสูบบุหรี่ชนิดใด | () |
| <input type="checkbox"/> 1. บุหรี่ซอง | |
| <input type="checkbox"/> 2. บุหรี่มวนเอง ยาเส้น: มวนเองจากใบ/ กระดาษชนิดต่าง ๆ | |
| <input type="checkbox"/> 3. สูบทั้งสองชนิด | |
| 1.3 ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ | () |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย ข้ามข้อ 1.4 และ 1.5 | |
| <input type="checkbox"/> 2. เคย | 3. จำนวนครั้งที่เคยเลิก.....ครั้ง |
| 1.4 ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่ได้โดย วิธีการ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | () |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช้วิธีเลิกสูบทันที (หักดิบ) | |
| <input type="checkbox"/> 2. ค่อย ๆ ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน | |
| <input type="checkbox"/> 3. นึกถึงโทษของบุหรี่ | |
| <input type="checkbox"/> 4. รับบริการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ | |
| <input type="checkbox"/> 5. ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ | |

สำหรับผู้วิจัย

1.5 เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านเลิกสูบบุหรี่ คือ

()

1. บุคคลใกล้ชิดชักชวนหรือทำให้เลิก (ระบุ).....
2. กลัวอันตรายของบุหรี่
3. มีปัญหาด้านสุขภาพ

2. ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่

2.1 หลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ นานเท่าใด

()

1. ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้
2. ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
3. ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า
4. อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน (เลิกสูบ...
เดือน)
5. เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือนแต่ไม่ถึง 1 ปี (เลิกสูบ.....เดือน)
6. เลิกสูบบุหรี่นานมากกว่า 1 ปี (เลิกสูบ.....ปี)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่
คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 ที่มีต่อโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่หรืออาการของโรคแฝง จากการสูบบุหรี่
 โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ
 ดังนี้

- | | | |
|----------------|---------|---|
| มากที่สุด (5) | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด |
| มาก (4) | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก |
| ปานกลาง (3) | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นปานกลาง |
| น้อย (2) | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย |
| น้อยที่สุด (1) | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด |

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การสูบบุหรี่ของฉัน มีโอกาสทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่จะรุนแรงขึ้น						()
2. การสูบบุหรี่ของฉัน อาจส่งผลทำให้เกิดโรคไตวายได้ในอนาคต						()
3. การสูบบุหรี่ของฉัน อาจทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน						()
4. การสูบบุหรี่ของฉัน อาจส่งผลทำให้สมองของฉันเสื่อมได้เร็วขึ้น						()
...						...
...						...
...						...

12. การสูบบุหรี่ของฉันท่าน อาจทำให้ เสียชีวิตเร็วกว่าคนอื่น						()
--	--	--	--	--	--	-----

**ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจาก
การสูบบุหรี่**

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่อาจทำให้อาการของ โรครุนแรงขึ้น รักษายากขึ้น หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้จากการสูบบุหรี่
โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ
ดังนี้

มากที่สุด (5)	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
มาก (4)	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
ปานกลาง (3)	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นปานกลาง
น้อย (2)	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย
น้อยที่สุด (1)	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การสูบบุหรี่มีผลทำให้หลอด เลือดสมองตีบตันเร็วขึ้น						()
2. การสูบบุหรี่มีผลทำให้เกิด โรคหัวใจเร็วขึ้น						()
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะไตวาย เร็วขึ้น						()
...						...
...						...
...						...
10. ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการ						()

สุขบุหรื ส่่งผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวัน					
---	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์การเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบดังนี้

- มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
 มาก (4) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
 ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นปานกลาง
 น้อย (2) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย
 น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานลงได้						()
2. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ จะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคมะเร็งปอด						()
3. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ จะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคหัวใจ						()
...						...
...						...
...						...
10. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ได้ จะช่วยลดอันตรายจากควันบุหรี่ไปสู่บุคคลอื่น						()

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงผลทางลบที่มีต่อสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ สังคมของตนเองจากการเลิกสูบบุหรี่ โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบดังนี้

- มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
 มาก (4) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
 ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นปานกลาง
 น้อย (2) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย
 น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายทางกาย						()
2. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น						()
3. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้จัดการความเครียดได้น้อยลง						()
...						...
...						...
...						...
...						...
10. ถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ กลัวว่าจะทำไม่สำเร็จ						()

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสามารถของท่านหรือการรับรู้ถึงความมั่นใจของท่านที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบดังนี้

- มั่นใจมากที่สุด (5) หมายถึง ท่านจะไม่สูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
 มั่นใจมาก (4) หมายถึง ท่านจะสูบบุหรี่บ้างหรือน้อยครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
 มั่นใจปานกลาง (3) หมายถึง ท่านจะสูบบุหรี่บ้างครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
 ไม่มั่นใจมาก (2) หมายถึง ท่านจะสูบบุหรี่บ่อยครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
 ไม่มั่นใจมากที่สุด (1) หมายถึง ท่านจะสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

ข้อความ	มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจ	ไม่	ไม่	สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	มั่นใจมาก	มั่นใจที่สุด	
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
1. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่ไม่ว่าจะดื่มอยู่ที่ผับ/ บาร์/ สถานบันเทิง หรือที่ใดก็ตาม						()
2. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้ว่าต้องการ						()
3. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้ว่ามีสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์และรู้สึกคับข้องใจ						()
...						...
...						...
...						...
...						...
20. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่เมื่อนึกได้ว่าไม่ได้สูบบุหรี่มาช่วงหนึ่งแล้ว						()

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่อาจจะกระทำในช่วงที่ท่านสูบบุหรี่อยู่ และ/ หรือพยายามเลิกสูบบุหรี่ โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบดังนี้

บ่อยมาก	(4)	หมายถึง	คนใกล้ชิดของท่านทำพฤติกรรมนั้นบ่อยมาก
บ่อยครั้ง	(3)	หมายถึง	คนใกล้ชิดของท่านทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
บางครั้ง	(2)	หมายถึง	คนใกล้ชิดของท่านทำพฤติกรรมนั้นบางครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	(1)	หมายถึง	คนใกล้ชิดของท่านทำพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคย	(0)	หมายถึง	คนใกล้ชิดของท่านไม่เคยทำพฤติกรรมนั้น

พฤติกรรม	บ่อยมาก (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่เคย (0)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. คนใกล้ชิด ขอให้ท่านเลิกสูบบุหรี่						()
2. คนใกล้ชิด วิจารณ์ว่าการสูบบุหรี่เป็นนิสัยที่น่ารังเกียจ						()
3. คนใกล้ชิด โน้มน้าวให้ท่านเลิกสูบบุหรี่						()
...						...
...						...
...						...
...						...
...						...
20. คนใกล้ชิด ร่วมทำกิจกรรมกับท่านที่จะช่วยให้ท่านห่างจากการสูบบุหรี่						()

ขณะนี้ท่านได้ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือในครั้งนี้

ภาคผนวก จ

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเลิกสูบบุหรี่ ($n = 230$)

พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1. ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้	67	29.1
2. ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า	23	10.0
3. ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า	6	2.6
4. อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน	19	8.3
5. เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือนแต่ไม่ถึง 1 ปี	2	0.9
6. เลิกสูบบุหรี่นานมากกว่า 1 ปี	113	49.1

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลวิธีการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลการสูบบุหรี่	กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ ($n = 64$)		กลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ($n = 57$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีที่เคยใช้เลิกสูบบุหรี่ (เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ)				
1. เลิกสูบทันทีหรือหักดิบ	34	53.1	38	66.8
2. ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	25	39.0	15	26.3
3. นึกถึงโทษของบุหรี่	0	0	2	3.5
4. ปรึกษาจากเจ้าหน้าที่	3	4.7	1	1.7
5. ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	1.6	1	1.7
6. ใช้สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก	1	1.6	0	0