การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

นางสาวฐิติพร นาคทวน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5654-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEVELOPMENT AND TESTING OF THAI SMOKING CESSATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT

Miss Thitiporn Naktuan

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy
Faculty of Pharmaceutical Sciences
Chulalongkorn University

Academic Year 2003
ISBN 974-17-5654-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่
โดย	นางสาวฐิติพร นาคทวน
สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยงค์ ตันติสิระ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

…… ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์อัจฉรา อุทิศวรรณกุล)

…….. อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์)

…… อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ)

…… กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรี เลอมานกุล)

…… กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ฐิติพร นาคทวน : การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ (DEVELOPMENT AND TESTING OF THAI SMOKING CESSATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT). อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. 262 หน้า. ISBN 974-17-5654-2.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิธีการประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ (1) การสร้างเครื่องมือ (2) การทบทวนข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และ (3) การทดสอบเครื่องมือ เครื่องมือฉบับร่างสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามจากแบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 และการสัมภาษณ์แบบกึ่งมาตรฐานในผู้ที่สูบบุหรี่ 16 ราย ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 8 รายและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 5 ราย ข้อคำถามเริ่มต้นมีทั้งหมด 95 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลัก คือ หัวข้อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบของการเลิกสูบบุหรี่ต่อการประกอบกิจกรรมประจำวันและความเป็นอยู่โดยทั่วไปในประชากรผู้ใหญ่จำนวน 71 ข้อคำถาม และหัวข้อคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบในด้านลบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 24 ข้อคำถาม ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบลิเคอร์ทสเกลจำนวน 5 ระดับ หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือแล้วได้นำเครื่องมือไปทดสอบขั้นต้นในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน และนำไปทดสอบจริง โดยเครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่จำนวน 431 คน ส่วนเครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 78 คน สำหรับการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา เครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมกับการวิเคราะห์ข้อคำถามในการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างและความเที่ยงของเครื่องมือ ส่วนเครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาใช้การวิเคราะห์ข้อคำถามในการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นใช้การเทียบกับกลุ่มที่รู้เพื่อสนับสนุนผลการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือทั้งสองหัวข้อ ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือทั้งสองหัวข้อมีความตรงทางเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในระดับดี เครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้รับการปรับปรุงแก้ไขเหลือ 36 ข้อ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าโดยรวมเป็น 0.93 ผลจากการสกัดองค์ประกอบโดยวิธีแกนหลักและหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมแหลม (โปรแมกซ์) พบว่าโครงสร้างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้จำแนกออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป 18 ข้อ (2) ด้านความพึงพอใจ 8 ข้อ (3) ด้านการควบคุมตนเอง 4 ข้อ และ (4) ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ 6 ข้อ จากการใช้สถิติแมนวิทนีย์-ยู พบว่าในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.02 แสดงว่าเครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขนั้นมีความตรงทางโครงสร้าง สำหรับเครื่องมือในหัวข้อคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาหลังจากการวิเคราะห์ข้อคำถามยังคงจำนวนข้อคำถามไว้ที่ 24 ข้อโดยจำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ (1) ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา 8 ข้อ (2) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา 16 ข้อ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าโดยรวมเป็น 0.83 จากการใช้สถิติแมนวิทนีย์-ยู พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มที่ใช้ยาเม็ดรับประทานชนิดออกฤทธิ์เนิ่นบูโพรพิออน รายงานคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาในด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาสูงกว่าในกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.03 ผลการวิจัยทั้งหมดสามารถยืนยันถึงความตรงและความเที่ยงในเบื้องต้นของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา.....2546.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4576565433: MAJOR CLINICAL PHARMACY
KEY WORD: QUALITY OF LIFE / SMOKING / SMOKING CESSATION / VALIDATION / INSTRUMENT
THITIPORN NAKTUAN: DEVELOPMENT AND TESTING OF THAI SMOKING CESSATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT. THESIS ADVISOR: ASSO. PROF. RAWADEE DHUMMA-UPAKORN, THESIS COADVISOR: ASST. PROF. Dr. SUPAKIT WONGWIWATTHANANUKIT. 262 pp. ISBN 974-17-5654-2.

The purpose of this study was to develop a Thai Smoking Cessation Quality of Life Assessment Instrument (TSCQoL) and examine the validity and reliability of this measure. This methodological research involves 3 processes: (1) instrument development, (2) expert review of the instrument, and (3) testing of the instrument. The draft TSCQoL was developed by using literature review, SF-36 Thai version and unstructured interviews with 16 smokers, 8 ex-smokers and 5 healthcare workers. The initial 95-item instrument, comprised two aspects was generated, 71 items were intended to quantify the impact of smoking cessation on perceived functioning and well-being in adults (HRQoL aspect) and 24 items were intended to assess the inherent burden associated with the consumption of smoking cessation pharmacotherapies (PTRQoL aspect). Five-point Likert scale was used as response choice of each item. Following content validation by expert review panels, the draft TSCQoL was pre-tested in a sample of 20 adults and large scale-tested in a sample of 431 adults (smokers and ex-smokers) for HRQoL aspect and 78 adults (smokers and ex-smokers receiving pharmacotherapies) for PTRQoL aspect. For psychometric properties, exploratory factor analysis with item analysis was used to examine the construct validity and reliability of HRQoL aspect whereas item analysis was used to explore the reliability for PTRQoL aspect. Known group validity was used to support the evidence of construct validity of both revised aspects. The results indicated that both aspects had content validity, construct validity and high internal consistency reliability. The HRQoL aspect was revised to 36 items with overall coefficient alpha 0.93. Principal axis factoring with oblique (promax) revealed four subscales for HRQoL aspect: (1) general well being (18 items), (2) satisfaction (8 items), (3) self-control (4 items), and (4) mental and emotional problems (6 items). Mann-Whitney-U test revealed that ex-smokers who had been abstinent for $\geq$ 3 months reported significantly higher quality of life scores than smokers on four subscales ($p < 0.02$), representing the construct validity of HRQoL aspect. The PTRQoL aspect was retained at 24 items, comprised two subscales: (1) psychosocial consequences (8 items), and (2) negative consequences (16 items) with overall coefficient alpha 0.83. Mann-Whitney-U test also confirmed the construct validity of PTRQoL aspect by presented that participants receiving bupropion SR reported significantly higher pharmaceutical related quality of life scores than participants receiving nicotine gum on psychosocial consequences subscale (p=0.03). These findings identify preliminary evidence for the validity and reliability of the TSCQoL instrument.

Department……Pharmacy……...Student's signature……

Field of study……Clinical Pharmacy……....Advisor's signature……....

Academic year……..2003……...Co-advisor's signature……...

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งได้ให้แนวคิดในการวิจัยและข้อคิดเห็นรวมทั้งคำแนะนำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ เรืออากาศโทนายแพทย์สมิต วัฒนธัญญกรรม แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์ เภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ นางธิดา ปัญจพันธ์พงศ์ ดร.ศุลีพร แสงกระจ่าง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรี เลอมานกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย นางจิราพรรณ เวศานนทเวช นางจิตลดา ศรีสำราญ นางเพ็ญประภา พันธุ์วา นางนันทนา บุญม่วง และเภสัชกรหญิงบวรลักษณ์ บุญกรุงทอง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพล ที่อนุญาตให้เข้าทำการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฉันชาย สิทธิพันธุ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ พันตำรวจเอกนายแพทย์สันชัย วสุนธรา โรงพยาบาลตำรวจ ตลอดจนเจ้าหน้าประจำคลินิกเลิกบุหรี่สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลและฝ่ายเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลทำวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลทุกแห่งที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยนี้ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น รวมทั้งเพื่อน พี่และน้องเภสัชกรทุกท่านประกอบด้วยเภสัชกรหญิงดารณี ชิตทรงสวัสดิ์ โรงพยาบาลจังหาร เภสัชกรหญิงดาลัด แก้วบัวพันธุ์ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย นางวิภารัตน์ รางแดง โรงพยาบาลดอนพุด เภสัชกรหญิงรุ่งกานต์ พรรณารุโนทัย โรงพยาบาลพระพุทธชินราช เภสัชกรหญิงฐิติรัตน์ ชื่นจิตและเภสัชกรหญิงฌาณี สโมสร นิสิตปริญญาโทเภสัชกรรมคลินิกชั้นปีที่ 2 เภสัชกรหญิงศิริณา อัญญสิมาพันธ์และเภสัชกรหญิงจิตติมา โภคาประกรณ์ นิสิตปริญญาโทเภสัชกรรมคลินิกชั้นปีที่ 1 ที่ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิงอัญชลี วรรณภิญโญ ที่ได้ให้กำลังใจและคำแนะนำปรึกษาตลอดจนให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้สัมภาษณ์และให้ความร่วมมือในการทำเครื่องมือวัดรวมถึงให้ข้อคิดเห็นต่างๆที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพ่อแม่ที่ได้สนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมารวมถึงครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย.....ง
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ.....จ
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
สารบัญ.....ช
สารบัญตาราง.....ญ
สารบัญภาพ.....ฏ
บทที่ 1 บทนำ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....3
นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้.....4
บทที่ 2 แนวเหตุผล ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....5
การเสพติดบุหรี่และการใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่.....5
สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย.....5
ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่.....7
การใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่.....9
แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่.....11
แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....11
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต.....15
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่.....17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่.....20
แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่.....33
หลักในการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....40
การกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....41
การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวัด.....41
การกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น.....42
การรวบรวมข้อคำถาม.....43

หน้า

การกำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือก.....45
การทบทวนข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ.....48
การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น.....49
การทดสอบคุณสมบัติความเที่ยง.....50
การทดสอบคุณสมบัติความตรง.....52
การทดสอบคุณสมบัติความไวต่อการเปลี่ยนแปลง.....54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการและผลการวิจัย.....56
ขั้นตอนที่ 1 : การสร้างเครื่องมือ.....56
วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ.....56
ผลการวิจัย.....61
ขั้นตอนที่ 2 : การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ.....73
วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ.....73
ผลการวิจัย.....74
ขั้นตอนที่ 3 : การทดสอบเครื่องมือ.....92
3.1 การทดสอบขั้นต้น.....92
วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ.....92
ผลการวิจัย.....92
3.2 การทดสอบจริงในกลุ่มตัวอย่าง.....103
วัตถุประสงค์.....103
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....103
การกำหนดขนาดตัวอย่าง.....104
วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....104
การวิเคราะห์ทางสถิติในการทดสอบเครื่องมือ.....107
ผลการวิจัย.....113
จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูล
และวิธีการเก็บข้อมูล.....113
ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่
และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด.....115

หน้า

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่
และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่.....123
ผลสถิติเชิงพรรณนาของข้อคำถาม.....127
การทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ.....140
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมวิจัย.....161
บทที่ 4 การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย.....163
การอภิปรายผลการวิจัย.....163
ส่วนที่ 1 การสร้างเครื่องมือ.....163
ส่วนที่ 2 การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ.....165
ส่วนที่ 3 การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น.....166
ส่วนที่ 4 การทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่าง.....167
สรุปผลการวิจัย.....178
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต.....180
รายการอ้างอิง.....184
ภาคผนวก.....192
ภาคผนวก ก: แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร.....193
ภาคผนวก ข: แบบสัมภาษณ์: คุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่.....199
ภาคผนวก ค: รายนามของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา.....202
ภาคผนวก ง: จดหมายขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา.....205
ภาคผนวก จ: เครื่องมือฉบับร่างสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา.....207
ภาคผนวก ฉ: เครื่องมือหลังผ่านการทดสอบขั้นต้นที่นำไปทดสอบจริง
ในกลุ่มตัวอย่าง.....231
ภาคผนวก ช: เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....242
ภาคผนวก ซ: หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....245
ภาคผนวก ฌ: แบบบันทึกการติดตามการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่.....247
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....262

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคและการเสียชีวิต (Burns, 2002)……6

2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเสพติดนิโคติน (American Psychiatric Association, 1996)……8

3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (American Psychiatric Association, 1996)……9

4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวชี้วัด (Patrick และ Erickson, 1993)……13

5 ข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกบุหรี่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่เลิกบุหรี่ (Olufade และคณะ, 1999)…….…..…. 28

6 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ (Lynn , 1986).....49

7 ความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและต่ำในแต่ละด้าน.....59

8 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของ ผู้ที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 24 คน.....62

9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม.....75

10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ.....84

11 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพ และเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น 20 คน.....93

12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น……..97

13 ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 431 คน……113

14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่.....115

15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 78 คนจำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่.....124

16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....128

ตารางที่ หน้า

17 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต จากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่.....136

18 ค่า initial eigenvalue, eigenvalue difference, percentage of variance และ cumulative percentages of variance ของ 17 องค์ประกอบแรก.....143

19 ผลค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 409 คน.....145

20 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยงของเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....148

21 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆของเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่.....152

22 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยงของเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่.....156

23 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาของเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ใช้ bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน.....158

24 สรุปคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใน คนไทยที่เลิกสูบบุหรี่.....159

25 สรุปผลการวิจัย.....179

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญรูป

รูปที่ หน้า

1 ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่
(ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546)……7
2 แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา
(Murawski และ Bentley, 2001).....34
3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตจากการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
(Wilson-Cleary, 1995; Murawski และ Bentley, 2001).....36
4 ผลสรุปการแจกแจงเป็นประเด็นหลักและด้านย่อยของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต
ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่.....72
5 ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง.....106
6 แผนภาพ Cattell's scree test……144
7 สรุปลำดับขั้นตอนการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต
ในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่.....160

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังมากมายทั้งในตัวผู้สูบเองและผู้ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก โรคระบบทางเดินหายใจเช่น โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอดและมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆ เช่น ปาก คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน มดลูก ปากมดลูก ไต และกระเพาะปัสสาวะ (Doering, 2002; Burns, 2002) เมื่อปี พ.ศ. 2536 มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่คาดการณ์ว่าการสูบบุหรี่ทำให้คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากที่สุด รองลงมาคือโรคมะเร็งปอดและโรคถุงลมปอดโป่งพองตามลำดับ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ประเทศขาดทรัพยากรบุคคลที่สำคัญเนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานการวิเคราะห์ภาระโรคของโลก (The Global Burden of Disease) เมื่อปี พ.ศ. 2539 รายงานฉบับนี้ระบุว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของภาระโรคร้อยละ 2.6 จัดเป็นอันดับที่ 6 ในปี พ.ศ. 2533 และจะกลายเป็นภาระโรคอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2563 โดยบุหรี่เพียงสาเหตุเดียวคิดเป็นร้อยละ 9 ของภาระโรคทั้งหมด จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะสูงถึงปีละ 20 ล้านคน และผู้ที่จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2563 เป็นผู้ที่เสพติดบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2541)

ผู้เสพติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะทราบและตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพและต้องการเลิกสูบบุหรี่ ในแต่ละปีจะมีผู้ที่เสพติดบุหรี่ร้อยละ 30.4 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่และร้อยละ 5.4 มีความพยายามในการเลิกสูบ 5 ครั้งขึ้นไปแต่ไม่ประสบความสำเร็จ (American Psychiatric Association, 1996) จะเห็นได้ว่าการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดนั้นทำได้ยาก โดยทั่วไปหากผู้เสพติดบุหรี่พยายามเลิกสูบด้วยตนเองโดยอาศัยกำลังใจอย่างเดียว (วิธีหักดิบ) พบว่าที่ระยะติดตาม 1 ปีมีเพียงร้อยละ 5-7 เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกุกิจ, 2546) เนื่องจากในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่มักเกิดอาการถอนนิโคตินทำให้มีความกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ความอยากอาหารเพิ่มขึ้นและมีความอยากสูบบุหรี่

ตลอดเวลาทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคตินและกลายเป็นผู้เสพติดบุหรี่ต่อไป (American Psychiatric Association, 1996) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในปัจจุบันนโยบายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่เน้นบทบาทของผู้ให้บริการในเชิงรุก โดยเน้นการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการสร้างสุขภาพที่จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ในอนาคต จากการศึกษาพบว่าการที่ผู้เสพติดบุหรี่ได้รับคำแนะนำหรือคำบอกกล่าวจากแพทย์ให้เลิกสูบบุหรี่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 10 ที่ระยะติดตาม 1 ปี เนื่องจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในด้านสุขภาพ หากผู้เสพติดบุหรี่ได้รับความช่วยเหลือให้เลิกสูบอย่างจริงจังโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดจะเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 20 ที่ระยะติดตาม 1 ปี (Prochazka, 2000) นอกจากนี้การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วยในผู้ที่มีระดับการเสพติดสารนิโคตินค่อนข้างสูงจะเพิ่มโอกาสของการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จสูงถึงร้อยละ 30-40 ที่ระยะเวลาของการติดตาม 1 ปี (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546)

อย่างไรก็ตามการประเมินผลสำเร็จของการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เสพติดบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากสามารถประเมินโดยดูจากการที่ผู้เสพติดบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จแล้วยังสามารถประเมินโดยการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นตัววัดที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในการประเมินผลงานบริการทางการแพทย์รวมทั้งงานบริบาลทางเภสัชกรรม (MacKeigan, 1992; Fayer และ Machin, 2000; Coons, 2002) เนื่องจากข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลที่มาจากการประเมินของผู้ป่วยโดยตรงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์มากน้อยเพียงใดต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างเป็นสุขซึ่งช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการในการให้ความช่วยเหลือหรือการใช้ยาบำบัดได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดโอกาสที่จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

ในต่างประเทศมีหลายการศึกษาที่ชี้นำให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพโดยทำการประเมินผลในรูปของระดับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่นั้นมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lyons, Lo และ Littlepage, 1994; Tillmann และ Silcock, 1997; Wilson, Parsons และ Wakefield, 1999; Mulder และคณะ, 2001) อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบภาคตัดขวางและในการประเมินระดับคุณภาพชีวิตนั้นใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป (Medical Outcome Study 36-Item; SF-36) (Ware และ Sherbourne, 1992; McHorney, Ware และ Raczek, 1993; McHorney, Ware และ Rachel, 1994) นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตใน

ระยะยาวหลังจากที่ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่แล้ว โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มักเกิดอาการถอนนิโคตินและอาการอื่นๆซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งยังไม่มีการวัดระดับคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้ด้วยเครื่องมือเฉพาะ การศึกษาในระยะต่อมาจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะ (Olufade และคณะ, 1999; Shaw และคณะ, 2001) และได้มีการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินผลโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกร (Zilich และคณะ, 2002)

สำหรับประเทศไทยบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งเภสัชกรมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปัจจุบันมีการเปิดบริการคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศเพื่อสนองตอบต่อนโยบายการสร้างสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีผู้ศึกษาถึงการสร้างและทดสอบเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการสร้างและทดสอบเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ตามแนวทางของการวิจัยเชิงวิธีการ (methodological research) (Polit และ Hungler, 1999) นอกจากนี้ปัจจุบันการใช้ยาบำบัดมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเครื่องมือที่จะสร้างขึ้นนี้จึงผนวกมุมมองของคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาเพิ่มเข้ามาด้วยเพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ (Thai Smoking Cessation Quality of Life Instrument, TSCQoL) ที่มีความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity)

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

บุหรี่ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มวนด้วยกระดาษบรรจุซองสำเร็จ ไม่รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ เช่น ไปป์ ซิการ์ ยานัตถุ์ ยาเส้นที่มวนด้วยตนเองและผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆที่มีสารนิโคตินเป็นองค์ประกอบ

ผู้ติดบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1 มวนขึ้นไปและสูบติดต่อกันทุกวัน สำหรับการประเมินระดับการติดสารนิโคตินใช้แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกุกิจ, 2546; Heatherton และคณะ, 1991)

ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป

คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประเมินได้จากความปกติสุขของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต การดำเนินกิจกรรมทางสังคม ความคิดเห็นต่อการดำรงชีวิตของตนเอง รวมทั้งการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบำบัดโดยการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต หมายถึง แบบสอบถามที่ให้กลุ่มเป้าหมายเลือกตอบด้วยตนเองตามความคิดเห็นที่มีต่อภาวะสุขภาพ การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และความเป็นอยู่ของตนเองหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้

1. ได้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่มีความเที่ยงและความตรง สามารถใช้เสริมกับการติดตามผลการรักษาทางคลินิก (clinical outcome) ในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ระยะยาวและช่วยในการปรับเปลี่ยนการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม
2. สามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินผลของโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ (humanistic outcome)
3. สามารถนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่ได้รับการทดสอบแล้วไปใช้ประโยชน์ต่องานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐานอื่นๆต่อไปในอนาคต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวเหตุผล ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับแนวเหตุผล ทฤษฎีและงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 4 ส่วนหลักคือ 1) การเสพติดบุหรี่และการใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ 2) แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 3) แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ 4) หลักในการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1. การเสพติดบุหรี่และการใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

การวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่และการใช้ยาบำบัดผู้ที่ติดบุหรี่ในปัจจุบัน เนื้อหาในส่วนนี้ประกอบด้วย (1.1) สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย (1.2) ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่ (1.3) การใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

1.1 สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย

สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งสิ้น 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.6 ของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็นเพศชาย 10 ล้านคน (ร้อยละ 94.3) และเพศหญิง 6 แสนคน (ร้อยละ 5.7) เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 26.2 รองลงมาคือกลุ่มสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 21.1 และมีผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 13.5 โดยในทุกกลุ่มอายุเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง (อัตราร้อยละคำนวณจากประชากรในหมวดอายุเดียวกัน) สำหรับค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เมื่อคำนวณจากคนไทยทั้งหมดที่สูบบุหรี่เป็นประจำพบว่า คนไทยต้องจ่ายเงินในการซื้อบุหรี่ถึง 42.6 พันล้านบาทต่อปี ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ ซึ่งข้อมูลในปัจจุบันพบว่าคนไทยป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน (สุภกร บัวสาย, 2538) ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ว่าตามแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยที่เป็นอยู่และโครงสร้างอายุประชากร ในอีก 20 ปีข้างหน้าคนไทยจะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 80,000 คน (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2541)

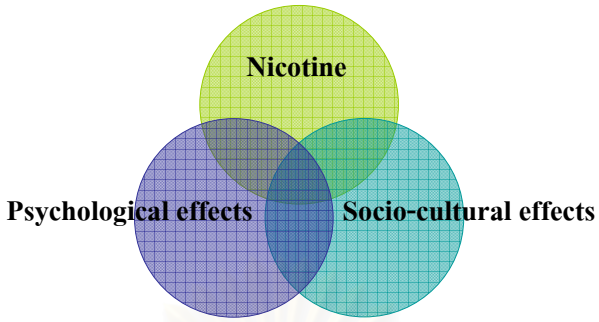
ดังนั้นบุหรี่จึงทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ รวมทั้งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยอย่างมหาศาล สำหรับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคและการเสียชีวิตแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคและการเสียชีวิต (Burns, 2002)

โรคจากการสูบบุหรี่และการเสียชีวิต	อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์* (Relative Risk)	
	ชาย	หญิง
การเสียชีวิต	2.3	1.9
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (Coronary heart disease)		
อายุ 35-64 ปี	2.8	3
อายุ 65 ปีขึ้นไป	1.6	1.6
โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก (Cerebrovascular lesions)		
อายุ 35-64 ปี	3.7	4.8
อายุ 65 ปีขึ้นไป	1.9	1.5
โรคเส้นเลือดแดงใหญ่ของหัวใจโป่งพอง (Aortic aneurysm)	4.7	3.9
โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)	13.5	2.2
โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease)	9.7	10.4
โรคมะเร็ง (Cancer)		
ริมฝีปาก , ช่องปาก , คอหอย	27.5	5.6
หลอดอาหาร	7.6	10.3
ตับอ่อน	2.1	2.3
กล่องเสียง	10.5	17.8
ปอด	22.4	11.9
ไต	3.0	1.4
กระเพาะปัสสาวะและระบบทางเดินปัสสาวะ	2.9	2.6
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ (Complications of pregnancy)	-	1.4
ภาวะแทรกซ้อนก่อน ระหว่างหรือหลังการคลอด (Perinatal complications)	-	1.3
ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (Low birth weight)	-	2.1

* อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ คือ ค่าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเสี่ยง (Risk factor) ซึ่งในที่นี้คือการสูบบุหรี่ว่ามีผลต่อโรคที่เกิดมากน้อยเพียงใด ถ้า RR เท่ากับ 1 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคที่เกิดขึ้น ถ้า RR ยิ่งมากกว่า 1 แสดงว่าเมื่อยิ่งสูบบุหรี่จะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น (ทัสสนี และเติมศรี, 2543)

1.2 ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่



รูปที่ 1 ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546)

ปัจจัยที่ทำให้คนติดเสพบุหรี่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1) ภาวะเสพติดทางจิตใจ (psychological effect) ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ ผู้เสพติดบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา ลดอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย
2) ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (socio-cultural or habit effect) ผู้เสพติดบุหรี่จะสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยทั้งๆที่ไม่รู้ว่าสูบไปทำไมเช่น สูบบุหรี่ตอนเข้าห้องน้ำหรือหลังจากรับประทานอาหาร ดื่มกาแฟ ดื่มเหล้า
3) ภาวะเสพติดทางร่างกายหรือเสพติดสารนิโคติน (nicotine effect) สารนิโคตินในควันบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งสารเคมีหรือสารสื่อประสาทในสมองหลายตัว ผลโดยรวมทำให้ผู้สูบเกิดความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพิ่มความตื่นตัวและมีพลัง ทำให้ความจำและสมาธิดีขึ้น ลดความรู้สึกซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลและความเครียด และทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ แต่เมื่อหยุดสูบจะทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง มีผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขสบายใจของผู้สูบหายไปและเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นมา ดังนั้นจึงต้องการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคตินจึงเกิดการเสพติดบุหรี่ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2546; O'Brien, 2002) สำหรับเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเสพติดนิโคตินและอาการถอนนิโคตินแสดงดังตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเสพติดนิโคติน* (nicotine dependence)

ภาวะเสพติดนิโคติน หมายถึง การปรับตัวที่ผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการใช้นิโคตินทำให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยมีลักษณะต่อไปนี้ 3 ประการหรือมากกว่าเกิดขึ้นในรอบหนึ่งปีเดียวกัน

เกณฑ์การวินิจฉัย	ตัวอย่าง
1. การดื้อยา (Tolerance) ประกอบด้วย ก) ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลตามที่ร่างกายต้องการ ข) หากใช้นิโคตินในปริมาณเท่าเดิมต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้ผลของนิโคตินหายไป	1. การดื้อยา ก) เมื่ออายุ ≥ 25 ปี ผู้สูบส่วนใหญ่จะเพิ่มจำนวนบุหรี่ที่สูบเป็น 20 มวนต่อวันหรือมากกว่า ข) ผู้ที่เริ่มสูบมวนแรกมักจะคลื่นไส้ อาเจียนหรือวิงเวียนแต่เมื่อสูบติดต่อนานๆอาการจะหายไป
2. การถอนยา (Withdrawal) ประกอบด้วย ก) เมื่อหยุดใช้นิโคตินจะเกิดอาการถอนยา ข) อาการถอนยาที่เกิดขึ้นสามารถบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงได้โดยการใช้สารนั้นหรือสารอื่นที่มีโครงสร้างใกล้เคียงกัน	2. การถอนยา ก) เกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (ตารางที่ 3) ข) ผู้ติดบุหรี่จะสูบบุหรี่ทันทีที่ออกมาจากเขตปลอดบุหรี่เพื่อลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น
3. มีการใช้นิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นหรือใช้ในระยะเวลานานกว่าที่ตั้งใจ	3. ผู้ติดบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะสูบนานถึง 5 ปี แต่พบว่าประมาณร้อยละ 70 ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป
4. มีความต้องการนิโคตินอยู่ตลอดเวลาหรือไม่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบหรือลดจำนวนมวนที่สูบลง	4. ผู้ติดบุหรี่ร้อยละ 77 ต้องการเลิกสูบ แต่ร้อยละ 55 ล้มเหลวแม้ได้พยายามเลิกหลายครั้งและหากใช้วิธีการเลิกโดยอาศัยกำลังใจอย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 5-10 ที่ประสบความสำเร็จ
5. มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน (สูบบุหรี่)	5. การทำงานไม่ต่อเนื่อง ต้องออกไปสูบบุหรี่เป็นระยะ
6. มีการลดหรือยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการงานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการต่างๆเนื่องมาจากการสูบบุหรี่	6. หลีกเลี่ยงการเข้างานสังคมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ห้ามสูบบุหรี่หรือต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่
7. มีการใช้นิโคตินต่อไปแม้ว่าผู้เสพจะตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพและจิตใจที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือกำเริบเป็นครั้งคราวโดยมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่	7. ผู้ติดบุหรี่จำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคถุงลมปอดโป่งพอง หรือแผลในกระเพาะอาหารหรือโรคอื่นๆที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ทำให้อาการของโรคแย่ลงแต่ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

* Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 4th ed, DSM-IV: American Psychiatric Association, 1996

ตารางที่ 3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน* (nicotine withdrawal)

- มีการใช้นิโคตินติดต่อกันทุกวันอย่างน้อยเป็นเวลา 2-3 สัปดาห์
- หลังจากหยุดใช้นิโคตินอย่างกะทันหันหรือลดปริมาณการใช้นิโคตินลง ภายใน 24 ชั่วโมงจะเกิดอาการดังต่อไปนี้มากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ
  - อารมณ์ซึมเศร้า (dysphoric or depressed mood)
  - นอนไม่หลับ (insomnia)
  - หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย (irritability, frustration or anger)
  - รู้สึกวิตกกังวล (anxiety)
  - ขาดสมาธิ (difficulty concentration)
  - กระวนกระวาย กระสับกระส่าย (restlessness)
  - หัวใจเต้นช้าลง (decrease heart rate)
  - มีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (increased appetite or weight gain)
- อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
- อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ

* Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 4th ed, DSM-IV: American Psychiatric Association, 1996

1.3 การใช้ยาบำบัดในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

ตามแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ (AHRQ, 2000) ได้แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทุกคนอย่างน้อย 1 ตัวขึ้นไป ยกเว้นในผู้ที่แพ้ยาหรือสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เด็กหรือวัยรุ่น ควรใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับจิตสังคมบำบัด สำหรับยาช่วยเลิกบุหรี่ที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก (first-line drugs) เนื่องจากสามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวและค่อนข้างปลอดภัยมีทั้งหมด 6 ชนิดคือ 1) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (nicotine chewing gum) 2) แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน (nicotine patch) 3) นิโคตินรูปแบบสเปรย์ (nicotine spray) 4) นิโคตินรูปแบบยาสูด (nicotine inhaler) 5) นิโคตินรูปแบบลูกอม (nicotine lozenge) 6) ยาเม็ด bupropion SR (สำหรับนิโคตินรูปแบบสเปรย์ ยาสูดและลูกอม ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย) ส่วนยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับรอง (second-line drugs) มี 2 ตัวคือ clonidine และ nortriptyline ซึ่งมีรายงานถึงประสิทธิผลสำหรับการช่วยเลิกบุหรี่แต่อาการข้างเคียงจากยาพบมากและรุนแรงกว่ายาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ในกรณีที่ยาอันดับแรกใช้ไม่ได้ผลโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีใช้ในประเทศไทย ประกอบด้วย

(1) ยาที่ให้นิโคตินทดแทน (nicotine-replacement therapy; NRT)

หลักการคือ การให้สารนิโคตินทดแทนเพื่อบรรเทาหรือระงับหรือป้องกันอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในช่วงแรกที่เลิกสูบบุหรี่ ทำให้ผู้เสพติดบุหรี่ลดความทรมานทางกายและสามารถทุ่มเทกำลังใจในการต่อสู้กับการเสพติดทางจิตใจหรือเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเต็มที่และเป็นข้อดีที่ทำให้ผู้ติดบุหรี่ได้รับนิโคตินโดยที่ไม่ได้รับสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่ร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่ายากลุ่มนี้สามารถเพิ่มโอกาสของการเลิกบุหรี่สำเร็จเป็น 2 เท่าของผู้ที่ใช้ยาหลอกและอัตราการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วงร้อยละ 18-30 ที่ระยะติดตาม 1 ปี ดังนั้นการใช้ยาจึงต้องใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ในประเทศไทยมีจำหน่าย 2 รูปแบบคือ หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินและแผ่นปิดผิวหนังนิโคติน (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998b; Kennedy และ Chang, 2000; AHRQ, 2000; Prochazka, 2000; Doering, 2002)

(2) ยาเม็ดเลิกบุหรี่ชนิดรับประทาน bupropion SR

ยา bupropion HCl เป็นยาในกลุ่ม antidepressants โดยทำเป็นรูปแบบออกฤทธิ์เนิ่น (sustained-release tablet) สำหรับรับประทานเพื่อเลิกบุหรี่ มีจำหน่ายในประเทศไทยภายใต้ชื่อการค้า Quomem® ขนาด 150 มิลลิกรัม ยา bupropion SR จัดเป็นยา non-nicotine drug ตัวแรกที่อนุมัติให้ใช้ในการเลิกบุหรี่ ยามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเป็น weak inhibitor ในกระบวนการ reuptake ของสารสื่อประสาท norepinephrine และ dopamine ดังนั้นจึงสามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินได้ ยานี้ใช้ในการช่วยเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกในผู้ที่มีประวัติซึมเศร้าและในผู้ที่กลัวน้ำหนักตัวเพิ่มหลังจากเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่ายานี้สามารถเพิ่มโอกาสของการเลิกบุหรี่สำเร็จเป็น 2 เท่าของผู้ที่ใช้ยาหลอกและอัตราการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วงร้อยละ 30 ที่ระยะติดตาม 1 ปี ดังนั้นการใช้ยายังคงต้องใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998b; Kennedy และ Chang, 2000; AHRQ, 2000; Prochazka, 2000; Doering, 2002)

(3) น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่

น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาดเป็นเภสัชตำรับของโรงพยาบาลซึ่งอาจปรุงแต่งเป็นสีฟ้าหรือสีเขียวแล้วแต่ตำรับ สารสำคัญที่เป็นตัวออกฤทธิ์คือ sodium nitrate ใช้อมเฉพาะเวลาที่อยากสูบบุหรี่แล้วบ้วนทิ้ง สามารถใช้ร่วมยาชนิดอื่นได้ สำหรับฤทธิ์ของยาที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่คือ ออกฤทธิ์ที่เยื่อบุภายในช่องปากทำให้การรับรสชาติของบุหรี่เปลี่ยนไป (ผู้ที่ใช้ยาจะบอกว่าสูบบุหรี่ไม่อร่อย) สำหรับอาการข้างเคียงค่อนข้างต่ำแต่ต้องระวังการใช้ในผู้ที่มีภาวะต้อง

จำกัดเกลือโซเดียมเช่น โรคหัวใจวายหรือโรคไต รวมทั้งห้ามใช้ยาเมื่อมีแผลในช่องปาก (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์)

(4) ชาหญ้าดอกขาว

ปัจจุบันมีการนำสมุนไพร “หญ้าดอกขาว” *(Vemonia Cinerea)* มาใช้ในการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่ โดยในต้น ใบ และรากของหญ้าดอกขาวมีสารสำคัญคือ potassium chloride และ potassium nitrate ช่วยขับปัสสาวะและลดความดัน potassium nitrate ทำให้ลิ้นชา ช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่และมี succinic acid ช่วยลดอาการไอ จากการศึกษาในผู้ติดบุหรี่พบว่าหลังการรักษา 4 เดือน พบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 69.35 โดยเหตุผลสำคัญที่เลิกสูบบุหรี่หลังจากการใช้ยาคือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย ไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่แล้วรู้สึกอยากอาเจียน ส่วนในผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ให้เหตุผลว่าเหมือนดื่มน้ำธรรมดาไม่มีอาการใดๆ ถึงแม้ว่าการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ยังขาดข้อมูลทางคลินิกอีกมาก แต่ก็นับเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากมีราคาถูกและเป็นการสนับสนุนการใช้สมุนไพรไทย อย่างไรก็ตามต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายหรือไตวายร่วมด้วย (นริศรา แย้มทรัพย์, 2541)

2. แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

สำหรับหัวข้อนี้เป็นแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้นำมาประยุกต์ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยหัวข้อย่อยดังนี้ (2.1) แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (2.2) เครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิต (2.3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (2.4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQoL)

คำว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นแนวคิดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายมานานแต่ยังไม่มีการพัฒนาที่สมบูรณ์รวมทั้งไม่มีการให้คำจำกัดความที่เป็นเอกฉันท์ (Katz, 1987; Ferrans, 1990; Farquhar, 1995) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดสหมิติ (multi-dimentional concept) ดังนั้นจึงมีหลายองค์ประกอบหรือหลายมิติหรือหลายด้าน คุณภาพชีวิตอาจแบ่งได้ 2 ประเภทหลักคือ คุณภาพชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ (Non-Health-Related Quality of Life; NHRQoL) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQoL) ในแต่ละบุคคลประกอบด้วย

คุณภาพชีวิตทั้งสองอย่างควบคู่กันเสมอแล้วแต่คุณภาพชีวิตด้านใดเด่นกว่ากัน โดยทั่วไปคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอาจมีความสำคัญไม่มากในผู้ที่มีสุขภาพดีแต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีความสำคัญมากและมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย (Spilker และ Revicki, 1996) ดังนั้นจึงได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (outcome) ทางการแพทย์ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมใหม่ที่มีบทบาทอย่างมากในปัจจุบัน โดย American College of Physicians (1988) กล่าวว่า “การทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันที่ดีขึ้นและคงสภาพนั้นตลอดไปรวมทั้งการประเมินผลกระทบจากโรคที่เป็นต่อความเป็นอยู่ทางด้านสุขภาพกาย จิตใจและจิตวิทยาสังคม เป็นหัวใจหลักของงานบริการทางการแพทย์” ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์นอกจากมุ่งเน้นเกี่ยวกับการประเมินผลจากภาวะโรคและการรักษา (clinical outcome) แล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การประเมินผลลัพธ์ทางมนุษย์ศาสตร์ (humanistic outcome) โดยผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ด้วยตนเองว่ามีความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด (Fayers และ Machin, 2000; Coons, 2002)

สำหรับคำนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอาจแตกต่างกันออกไป องค์การอนามัยโลก (1948) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “สุขภาพ (health) ไม่ได้หมายถึงภาวะที่ไม่มีความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายรวมถึงภาวะที่มีความปกติสุขทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) และสังคม (social) ด้วย” Schron และ Shumaker (1992) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือ แนวความคิดสหมิติที่แสดงถึงความปกติสุขของบุคคลโดยรวม (person’s total well being) ซึ่งจะครอบคลุมถึงสุขภาพกาย (physical health) สุขภาพจิต (psychological) และสังคม (social)” คำนิยามนี้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีคำจำกัดความของ Patrick และ Erickson (1993) กล่าวว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือ การประเมินค่าที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มคนหรือสังคมมีต่อความบกพร่องของร่างกาย (impairments) ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (functional states) การยอมรับ (perceptions) และโอกาสทางสังคม (social opportunities) ซึ่งมีผลกระทบมาจากภาวะการเป็นโรค (disease) การบาดเจ็บ (injury) การรักษา (treatment) และนโยบายทางสาธารณสุข (policy) ” แม้ว่าคำจำกัดความต่างๆจะแตกต่างกันแต่สิ่งหนึ่งที่เป็นแนวคิดร่วมกันคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวความคิดแบบสหมิติที่ประกอบด้วย 4 ด้านสำคัญคือ ด้านที่ 1: สภาวะของร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม (physical health and functioning) ด้านที่ 2: จิตใจและความปกติสุขทางใจ (psychological health and functioning) ด้านที่ 3: ภาวะทางสังคมและการดำเนินกิจกรรมทางสังคม (social and role functioning) และด้านที่ 4: การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองโดยทั่วไป (perception of general well-being) (Coons, 2002)

การที่คำนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอาจแตกต่างกันออกไปแล้วผู้ให้ความหมายทำให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและตัวชี้วัดแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตามในภาพรวมถือว่าไม่แตกต่างกันมากนัก สำหรับแนวคิดของ Patrick และ Erickson (1993) ได้เสนอว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย 5 ด้านหลักและได้อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวชี้วัดแสดงในตารางที่ 4 นอกจากนี้ยังได้อธิบายว่าด้านต่างๆที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมทั้งมีความแตกต่างในแต่ละระดับเช่น หากผู้ป่วยเป็นโรคแต่อาการแสดง (symptoms) และความบกพร่องทางร่างกาย (impairments) ไม่มากอาจไม่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจหรือการประกอบกิจกรรมทางสังคม แต่ถ้ามีอาการแสดงและความบกพร่องทางร่างกายอย่างรุนแรงย่อมส่งผลถึงสภาวะทางจิตใจหรือการประกอบกิจกรรมทางสังคมได้รวมทั้งการเสียประโยชน์เนื่องจากมีปัญหาทางด้านสุขภาพเช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพบางอย่างได้เมื่อมีปัญหาทางทางด้านสุขภาพหรือเกิดความพิการหรือเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ สำหรับด้านความตายและช่วงเวลาของชีวิตนั้น (death and duration of life) อาจเป็นมุมมองในแง่ของระยะเวลาในการดำรงชีวิต (quantity of life; how long one lives) มากกว่ามุมมองของคุณภาพชีวิต (quality of life; how well one lives) โดยตรง ดังนั้นอาจไม่จำเป็นในกรณีที่ทำการประเมินโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้โดยการรักษาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในแง่ของการรักษาบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต (life-threatening) เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจหรือการใช้เคมีบำบัด การประเมินด้านนี้ยังมีความสำคัญในการประเมินผลทางการแพทย์ ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตไม่จำเป็นต้องครอบคลุมทุกด้านตามที่เสนอไว้สามารถเลือกเฉพาะด้านที่เหมาะสมได้โดยสิ่งที่สำคัญคือต้องครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการประเมิน

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวชี้วัดตามแนวความคิดของ Patrick และ Erickson (1993)

แนวความคิด/ด้าน	ความหมายและตัวชี้วัด
1. โอกาสทางสังคม (social opportunities)	
1.1 การสูญเสียโอกาสทางสังคม (social disadvantage)	- การเสียประโยชน์ที่ควรจะได้รับอันเนื่องมาจากปัญหาทางสุขภาพ การเป็นโรคและการรักษา - การสูญเสียภาพลักษณ์ - ปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อผู้ป่วย
1.2 ความสามารถในการปรับตัว (resilience)	-ความสามารถในการจัดการหรือทนต่อความเครียดหรือการปรับสมดุลของภาวะทางอารมณ์

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวชี้วัดตามแนวความคิดของ Patrick และ Erickson (1993) (ต่อ)

แนวความคิด/ด้าน	ความหมายและตัวชี้วัด
2. การยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพ (health perceptions)	
2.1 การยอมรับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception)	- การประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเอง
2.2 ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพ (satisfaction with health)	- ความพึงพอใจต่อภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
3. ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (functional states)	
3.1 กิจกรรมทางสังคม (social functioning)	
ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติ (limitations in usual role)	- การไม่สามารถประกอบกิจกรรมทางสังคมตามปกติได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเช่น การเรียนหนังสือ การประกอบอาชีพ
การรวมกลุ่มทางสังคม (integration)	- การร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นในสังคม
การติดต่อสื่อสาร (contact)	- ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม
ความใกล้ชิดและกิจกรรมทางเพศ (intimacy and sexual functions)	- การรับรู้ถึงความใกล้ชิดสนิทสนม ไม่โดดเดี่ยว กิจกรรมทางเพศรวมทั้งการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
3.2 สภาวะทางจิตใจ (psychological functioning)	
ด้านอารมณ์และความรัก (affective)	- ภาวะทางด้านจิตใจและการแสดงออกทั้งความเศร้าโศกและความผาสุก
ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ (cognitive)	- ความมีสติ ความสับสนหรือมีปัญหาในการคิด การใช้เหตุผล
3.3 กิจกรรมทางกาย (physical functioning)	
ข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม (activity restrictions)	- การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมทั้งการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การนอนหลับ
สมรรถภาพของร่างกาย (fitness)	- สมรรถภาพของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างกระฉับกระเฉงโดยที่ไม่เกิดอาการเหนื่อย
4. ความบกพร่องทางร่างกาย (impairments)	
4.1 อาการแสดง/สิ่งที่ผู้ป่วยบ่น (symptoms/ subjective complaints)	- สิ่งที่ผู้ป่วยบอกทั้งอาการด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่างๆ เช่น อาการปวด หรืออาการอื่นๆ ที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวชี้วัดตามแนวความคิดของ Patrick และ Erickson (1993) (ต่อ)

แนวความคิด/ด้าน	ความหมายและตัวชี้วัด
4.2 อาการ (signs)	- อาการที่พบจากการตรวจร่างกาย
4.3 การรับรู้ถึงโรคที่ตนเองเป็น (self-reported disease)	- การที่ผู้ป่วยบอกว่ามีโรคประจำตัวหรือเคยป่วยเป็นโรคใดมาก่อน
4.4 ผลการตรวจวัดทางสรีระวิทยา (physiologic measures)	- การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆและการแปลผลทางคลินิก
4.5 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ (tissue alterations)	- การตรวจชิ้นเนื้อเพื่อหาพยาธิสภาพ
4.6 การวินิจฉัย (diagnoses)	- การวินิจฉัยโรคทางคลินิกเมื่อได้ข้อมูลต่างๆแล้ว
5. ความตายและช่วงเวลาของชีวิต (death and duration of life)	- ความตาย การรอดชีวิต หรือ จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากการเป็นโรค

2.2 เครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นมุมมองที่ได้จากตัวผู้ป่วยเองโดยตรง (subjective)โดยผู้ป่วยอาจประเมินตนเองว่าสุขภาพดีขึ้นในขณะที่การวัดผลทางคลินิกไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังนั้นการประเมินผลที่ได้จึงแตกต่างจากผลที่แพทย์หรือญาติประเมินผู้ป่วย (Fayer และ Machin, 2000) เครื่องมือสำหรับการประเมินระดับคุณภาพชีวิตจึงมีรูปแบบเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง (self-administration) เรียกว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life questionnaire) หรือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life instrument) และเนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีความหมายอย่างกว้างขวาง ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันทั้งในเชิงระดับการวัดและเนื้อหาที่จะวัดรวมทั้งการให้คำจำกัดความของผู้สร้างเอง (Schipper, Clinch และ Olweny, 1996) อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Patrick และ Deyo, 1989 ; Guyatt, Feeny และ Patrick, 1993)

(1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic instrument) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับทุกกลุ่มประชากรครอบคลุมตั้งแต่ผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ รวมถึงวิธีการต่างๆที่ใช้รักษา ตัวอย่างแบบสอบถาม เช่น Medical Outcome

Study 36-Item Short Form (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP) และ Nottingham Health Profile (NHP) เป็นต้น

(2) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบจำเพาะ (specific instrument) แบ่งได้ดังนี้

1) แบบจำเพาะต่อโรค (disease specific instrument) เช่น Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง, Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-89) สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) สำหรับผู้ป่วยโรคหืด Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นเด็ก HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL) Instrument สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ (Holms และ Shea, 1998) เป็นต้น

2) แบบจำเพาะต่อกลุ่มประชากร (population specific instrument) เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (frail elderly)

3) แบบจำเพาะต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมของร่างกาย (function specific instrument) เช่น การนอนหลับ (sleep) กิจกรรมทางเพศ (sexual function)

4) แบบจำเพาะต่อภาวะหรือปัญหา (condition or problem specific) เช่น McGill Pain Questionnaire (MFQ) ประเมินความเจ็บปวด (pain) และ Multidimentional Fatigue Inventory (MFI) ประเมินความเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นต้น แบบประเมินเหล่านี้มักใช้ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปหรือแบบจำเพาะต่อโรค การใช้เครื่องมือที่จำเพาะต่อภาวะทำให้ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิตในเชิงลึกมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นมานานหรือการดำเนินของโรคในระยะสุดท้าย (Fayers และ Machin, 2000)

สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคือ แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 (Ware และ Sherbourne, 1992) เครื่องมือฉบับนี้มีทั้งหมด 9 ด้าน รวม 36 ข้อคำถาม โดยมี 8 ด้านที่ประกอบด้วยข้อคำถามหลายข้อ (multi-item scales) มีตัวเลือกแบบ Likert scale โดยให้ประเมินตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวนข้อคำถามของแต่ละด้านจะแตกต่างกันไปได้แก่ ด้านที่ 1: ความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (physical functioning) จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2: ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย (role limitations due to physical problems, role-physical) จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 3: ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (role limitations due to emotional problems, role-emotional) จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 4: ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ (social role limitations due to physical and emotional problems, social functioning) จำนวน 2 ข้อ ด้านที่ 5: ความเจ็บปวดตาม

ร่างกาย (bodily pain) จำนวน 2 ข้อ ด้านที่ 6: สุขภาพจิต (mental health) จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 7: ความมีชีวิตชีวา (vitality) จำนวน 4 ข้อ และด้านที่ 8: การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (general health perception) จำนวน 5 ข้อ สำหรับด้านที่ 9 เป็นด้านที่มีข้อคำถามข้อเดียว (single-item scale) โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว (reported health transition)

สำหรับการคิดคะแนนจะคิดแยกกันในแต่ละด้านโดยคะแนนจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน (คะแนนที่มากกว่าแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า) ยกเว้นด้านที่ 9 จะไม่คำนวณเป็นคะแนนแต่จะคิดเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบในแต่ละตัวเลือก นอกจากนี้ทั้ง 8 ด้านยังสามารถคิดคะแนนรวมกันเป็น 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบรวมด้านร่างกาย (physical component summary) และองค์ประกอบรวมด้านจิตใจ (mental component summary) สำหรับแบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 นี้มีข้อดีหลายประการ เช่น มีค่าความเที่ยงและความตรงที่ดี สามารถประยุกต์ใช้ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร รวมทั้งสามารถใช้เก็บข้อมูลได้ทั้งแบบให้ตอบด้วยตนเอง สัมภาษณ์ต่อหน้าและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามประมาณ 5-10 นาที (McHorney, Ware และ Raczek, 1993; McHorney, Ware และ Raczek, 1994 ; Ware, Kosinski และ Keller, 1994) ดังนั้นแบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 จึงเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายผ่านการแปลและทดสอบในหลายประเทศรวมทั้งฉบับภาษาไทย (วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม, 2543) รวมทั้งสามารถใช้เป็นแนวทางและเครื่องมือต้นแบบในการจัดทำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับใหม่

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่นอกจากมีผลดีต่อสุขภาพแล้วยังทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ในแต่ละปีจะมีผู้ติดบุหรี่ประมาณ 1 ใน 3 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่และในจำนวนนั้นประมาณร้อยละ 90 หยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยอาศัยกำลังใจเพียงอย่างเดียว (self-quitting) ซึ่งพบว่าร้อยละ 33 สามารถหยุดสูบบุหรี่ไปได้ประมาณ 2 วันก็กลับมาสูบใหม่และมีเพียงร้อยละ 3-5 เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จที่ระยะติดตาม 1 ปี ทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่มักเกิดอาการถอนยาหรือถอนนิโคตินขึ้นโดยพบในผู้ที่สูบบุหรี่ (cigarette) มากกว่าผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ (tobacco) และผู้ที่ติดบุหรี่ในระดับสูงจะเกิดอาการถอนนิโคตินมากกว่าผู้ติดบุหรี่ในระดับต่ำ (Cummings และคณะ, 1985; Gunn, 1986; American Psychiatric Association, 1996) นอกจากอาการถอนนิโคตินแล้วยังมีการปรับตัวทางด้านสรีระวิทยาของร่างกายให้เข้าสู่สภาพปกติเนื่องจากนิโคตินมีผลในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้จะมีผลทำให้ความเป็นอยู่ของผู้เลิกสูบบุหรี่เปลี่ยนไปจากเดิมรวมทั้งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆประกอบด้วย ทางด้านอารมณ์และการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ (mood and cognitive abstinent effect) ได้แก่ อาการหงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่าย รู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการแสดงของการขาดสารนิโคตินทำให้ผู้ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทนไม่ได้และกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ บางรายมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย นอกจากนี้การขาดสารนิโคตินทำให้ลดการกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมอง ทำให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีปัญหาในการทำงานที่ต้องใช้ความคิดและขาดสมาธิรวมทั้งความตื่นตัว หรือความระมัดระวังลดลง (Murray และ Lawrence, 1984; Hughes และ Hatsukami, 1986; American Psychiatric Association, 1996; Ward, Swan และ Jack, 2001) ทางด้านร่างกาย (physical abstinent effect) เช่น อาการนอนไม่หลับซึ่งพบได้ค่อนข้างบ่อย สาเหตุเกิดจากการขาดสารนิโคตินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นผลให้ตื่นนอนตอนกลางคืนบ่อยขึ้น นอกจากนี้ยังมีอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน (Cummings และคณะ, 1985; USDHHS, 1988; Wetter และคณะ, 1995; American Psychiatric Association, 1996) ในบางรายที่เลิกสูบบุหรี่จะไอมากขึ้นและมีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากขนอ่อนในทางเดินหายใจเกิดการเจริญใหม่และเพิ่มการการกำจัดสารพิษที่สะสมในปอดแต่ผู้เลิกสูบบุหรี่มักคิดว่าเลิกสูบบุหรี่แล้วทำให้ไอมากขึ้นและรู้สึกไม่สบายจนทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ อาการทางกายอื่นๆ เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หรือปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ มีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย (Murray และ Lawrence, 1984; Cummings และคณะ, 1985; Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998a; Ward, Swan และ Jack, 2001) สำหรับอาการทางด้านอื่นๆ (subjective complaints abstinent effect) ที่พบได้บ่อยประกอบด้วย อาการหิวบุหรี่ (craving; desire to smoke) (USDHHS, 1988; Hughes และคณะ, 1991; American Psychiatric Association, 1996) อาการหิวบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (Hughes, 1992; Swan, Ward และ Jack, 1996; Killen และ Fortmann, 1997) โดยพบว่าในผู้ที่มีอาการหิวบุหรี่มากๆ (high craving) มีโอกาสกลับมาสูบใหม่ที่ระยะติดตาม 1 ปี สูงกว่ากลุ่มที่มีอาการหิวบุหรี่น้อยกว่า (low craving) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Killen และ Fortmann, 1997) อาการหิวบุหรี่ไม่ได้ขึ้นกับจำนวนบุหรี่ที่เคยสูบ โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับสูงมีการรายงานอาการหิวบุหรี่ที่ไม่แตกต่างไปจากกลุ่มที่ติดบุหรี่ในระดับต่ำ (Murray และ Lawrence, 1984) นอกจากนี้ในบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการเพิ่มความอยากอาหาร หิวบ่อย รวมทั้งอยากรับประทานของหวานมากขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม สาเหตุเนื่องจากนิโคตินเป็นตัวกระตุ้นอัตราเมแทบอลิซึมของร่างกายรวมทั้งมีฤทธิ์ในการทำให้เบื่ออาหารโดยการทำลายปลายประสาททำให้การรับกลิ่นและรสชาติไม่ดีทำให้ผู้ติดบุหรี่รับประทานอาหารได้น้อยและเมื่อเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อัตราเมแทบอลิซึมของร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ รวมทั้งมีการเจริญใหม่ของปลายประสาททำให้ต่อมรับรสทำงานดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่

เลิกสูบบุหรี่จึงรับประทานอาหารได้มากและอร่อยขึ้นและทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม (Carmelli, Swan และ Robinette, 1991; American Psychiatric Association, 1996; Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998a) ในผู้ที่เคยสูบบุหรี่มากจะมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่น้อยกว่า (Murray และ Lawrence, 1984) และปัญหาการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่โดยเฉพาะในผู้หญิง (Hughes, 1992; American Psychiatric Association, 1996; Ockene และคณะ, 2000) อาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เหล่านี้มีความน่าเชื่อถือ (reliable) สามารถสังเกตได้รวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Hughes และคณะ, 1984; Hughes และ Hatsukami, 1986; Hughes และคณะ, 1991; American Psychiatric Association, 1996) อย่างไรก็ตามอาการถอนนิโคตินต่างๆเหล่านี้จะมีความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (American Psychiatric Association, 1996) สำหรับอาการวิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์ร้อน โกรธง่าย กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ขาดสมาธิจะเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ โดยจะเกิดสูงสุดในช่วง 1-4 วันแรกและค่อยๆบรรเทาลงใน 2-4 สัปดาห์ สำหรับอาการหิวบุหรี่ อาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ รวมทั้งการเพิ่มความอยากอาหารและน้ำหนักตัวเพิ่มนั้นอาจยังเป็นอยู่จนถึง 6 เดือน (American Psychiatric Association, 1996; Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998a) อาการหิวบุหรี่ในบางคนอาจใช้เวลานานเป็นปีหรือหลายปี (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998a; Doering, 2002) ดังนั้นอาการถอนนิโคตินและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่นี้จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งด้านการประกอบกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้านสังคมรวมทั้งความเป็นอยู่โดยทั่วไป อย่างไรตามอาการถอนนิโคตินอาจไม่ได้เกิดกับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ทุกคนเนื่องจากระดับการเสพติดสารนิโคตินและปัจจัยการเสพติดบุหรี่ที่แตกต่างกัน ในบางรายที่มีระดับการติดสารนิโคตินต่ำแต่ติดบุหรี่เนื่องจากจิตใจพึ่งพาบุหรี่คือ มีความเชื่อว่าสูบบุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา ลดอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายนั้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่อาจเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกันโดยเฉพาะด้านจิตใจทำให้รู้สึกหงุดหงิดและกลัวว่าจะไม่สามารถอยู่ได้ถ้าขาดบุหรี่ บางคนคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ไม่สามารถทำงานต่างๆได้ตามปกติหรือทำงานได้น้อยลงรวมทั้งทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ แท้จริงแล้วการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้นรวมทั้งร่างกายจะแข็งแรงขึ้นจากการที่ระบบหมุนเวียนโลหิตทำงานได้ดีขึ้น (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998a)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา มีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตในผู้ที่สูบและเลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาในช่วงแรกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ Lyons, Lo และ Littlepage (1994) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่ไม่สูบกับผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชากรในเมือง West Glamorgan ในรัฐ South Wales ประเทศอังกฤษ จำนวน 1201 คน อายุระหว่าง 20-89 ปี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) การเก็บข้อมูลทำโดยใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 ในการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คนได้ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดต่อได้จำนวน 1009 คน โดยมีผู้ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 827 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับ (response rate) ร้อยละ 82.0 โดยแบ่งเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 385 คน (ร้อยละ 46.6) และผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 440 คน (ร้อยละ 53.2) ไม่ระบุภาวะของการสูบบุหรี่ 2 คน (ร้อยละ 0.2) ทำการเปรียบเทียบคะแนนทั้ง 8 ด้านของ SF-36 ของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ multiple linear regression และควบคุมปัจจัยรบกวนคือ เพศ อายุ สถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคมและการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 4 ด้านคือ ด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆทางกาย มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายรวมทั้งรู้สึกไม่มีชีวิตชีวาและเชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวไม่ดี ผู้วิจัยสรุปว่าการประเมินผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปหรือคุณภาพชีวิตนั้นน่าจะมีประโยชน์มากกว่าการศึกษาโรคที่เกิดจากบุหรี่ซึ่งมักพบในระยะยาว เนื่องจากโดยทั่วไปคนที่สูบบุหรี่ภาวะทางสุขภาพไม่ดีนักถึงแม้ไม่ตรวจพบโรคทางคลินิก ผลเสียของการสูบบุหรี่ที่มีต่อคุณภาพชีวิตน่าจะเป็นเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่

ต่อมา Tillmann และ Silcock (1997) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่กับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ โดยมีสมมติฐานว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปีขึ้นไปภาวะทางสุขภาพน่าจะดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชากรในเมือง Aberdeen ประเทศสกอตแลนด์ จำนวน 3000 คน โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 1500 คน และเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปีขึ้นไป 1500 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบมีชั้นภูมิ (stratified sampling) จากรายชื่อผู้ที่มารับบริการจากสถานพยาบาล 9 แห่ง โดยสุ่มเลือกผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนจากนั้นทำการจับคู่กับผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีเพศ อายุเท่ากันและเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลแห่ง

เดียวกัน การเก็บข้อมูลทำโดยการส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 (UK version), EuroQoL และแบบประเมินอาการทางระบบทางเดินหายใจ (โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางระบบทางเดินหายใจจาก MRC Questionnaire) จำนวน 9 ข้อ โดยส่งแบบประเมินครั้งที่ 1 ไปยังกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนเมื่อได้รับการตอบกลับมาจึงส่งแบบประเมินครั้งที่ 2 ไปยังผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีเพศ อายุเท่ากันและเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลแห่งเดียวกันกับกลุ่มแรก เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านของ SF-36 และ EuroQol ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่โดยใช้สถิติ independent samples t-test และใช้สถิติ Ordinary least-squares (OLS) regression analysis ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของคะแนนที่ได้จาก SF-36 และ EuroQol กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม ส่วนแบบประเมินอาการทางระบบทางเดินหายใจใช้สถิติ chi-square (χ^2) tests ในการเปรียบเทียบคำตอบแบบสองขั้ว (yes,no) ที่ได้ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบกลับในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 81.7 (1225/1500) โดยข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้คิดเป็นร้อยละ 63.5 (778/1225) ส่วนในกลุ่มที่สูบบุหรี่อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 74.6 (1114/1494) โดยข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้คิดเป็นร้อยละ 79.6 (887/1114) ค่า Cronbach's alpha coefficient ของทั้ง 8 ด้านอยู่ในช่วง 0.80-0.94 และคะแนนระดับคุณภาพชีวิตทั้งจาก SF-36 และ EuroQol ในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปีขึ้นไปสูงกว่าในกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลังจากควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ 3 ด้านของ SF-36 คือ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านสุขภาพจิต สำหรับคะแนนจากแบบประเมินอาการทางระบบทางเดินหายใจพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่รายงานว่ามีอาการไอ มีเสมหะ หายใจไม่อิ่มเวลาออกกำลังกายและหายใจมีเสียงหวีด (wheezing) มากกว่ากลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มรายงานว่าตื่นกลางดึกเนื่องจากรู้สึกว่าหายใจไม่อิ่มและมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาทำงานหนักค่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยสรุปว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้อาการทางระบบทางเดินหายใจดีขึ้นอย่างเด่นชัด สำหรับความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่สูบและเลิกสูบบุหรี่โดยการใช้ SF-36 และ EuroQol ในการประเมินนั้นเห็นความแตกต่างค่อนข้างน้อยโดยเห็นเด่นชัดใน 3 ด้านหลักของ SF-36 คือ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินหายใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนี้จะช่วยเสริมแรงจูงใจทางหนึ่งให้เลิกสูบบุหรี่ซึ่งน่าจะดีกว่าการสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่โดยอาศัยข้อมูลโรคที่เกิดจากบุหรี่เพียงอย่างเดียว

ต่อมา Wilson, Parsons และ Wakefield (1999) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ประชากรปกติ: population norms) ผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ (light smoker: สูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนขึ้นไปแต่น้อยกว่า 15 มวนต่อวัน) ผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับปานกลาง (medium smoker: สูบบุหรี่ 15-24 มวนต่อวัน) ผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับสูง (heavy smoker: สูบมากกว่าหรือเท่ากับ 25 มวนต่อวัน) และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชากรในเมืองทางใต้ประเทศออสเตรเลีย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มตามเขตสถานที่ร่วมกับการกำหนดลำดับที่ (systematic multistage cluster sampling) และในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันทางด้านอายุ เพศ และภูมิลำเนา การเก็บข้อมูลทำโดยใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 ในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ทำโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากทั้ง 8 ด้านของ SF-36 ระหว่าง ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง กับ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นตัวแทนคุณภาพชีวิตระดับมาตรฐานของประชากรปกติ โดยใช้สถิติ independent samples t-test และ multiple linear regression เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 8 ด้านระหว่างกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้มีการคำนวณคะแนนมาตรฐานในแต่ละด้านซึ่งเป็นคะแนนที่ปรับตามประชากรปกติโดยคำนวณจากผลต่างระหว่างคะแนนที่ได้ของแต่ละกลุ่มและประชากรปกติหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนในประชากรปกติ (ทั้งคะแนนเฉลี่ยและคะแนนมาตรฐานมีการควบคุมปัจจัยทางด้านอายุ เพศ และสถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,010 คน ประกอบด้วย ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1417 คน (ร้อยละ 47.1) ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 758 คน (ร้อยละ 25.2) ผู้ที่สูบบุหรี่ 836 คน (ร้อยละ 27.8) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น สูบบุหรี่ในระดับต่ำ 458 คน (ร้อยละ 54.8) สูบบุหรี่ในระดับปานกลาง 217 คน (ร้อยละ 26.0) สูบบุหรี่ในระดับสูง 161 คน (ร้อยละ 19.2) ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากทั้ง 8 ด้านของ SF-36 พบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่ทั้ง 3 กลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้านต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกตามระดับการสูบบุหรี่ต่อวันพบว่าเฉพาะด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกายของผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำเท่านั้นที่คะแนนไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้สูบบุหรี่ด้วยกันพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับปานกลางและสูงมีระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มที่สูบระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับปานกลางและสูง พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับสูงมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่สูบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ด้านคือ ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิต 5 ด้านต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้แก่ ด้านความสามารถทางกายในการ

ประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย ด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตโดยการใช้คะแนนมาตรฐานพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนทุกด้านต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ของประชากรปกติ โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับสูงมีคะแนนต่ำที่สุด โดยมีคะแนนด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 29 และคะแนนด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 34 ของประชากรปกติ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำและผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แม้คะแนนในแต่ละด้านจะต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ยังสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับสูงและปานกลาง ผู้วิจัยสรุปว่าการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่สูบบุหรี่นั้นควรแยกผู้สูบบุหรี่เป็นกลุ่มที่สูบมากหรือน้อยอย่างชัดเจน เนื่องจากระดับคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันตามระดับการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ในผู้ที่สูบบุหรี่ในระดับสูงหรือปานกลางหากยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาดควรแนะนำให้ลดจำนวนมวนที่สูบต่อวันให้น้อยที่สุดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาของ Wilson, Parsons และ Wakefield (1999) ได้รับการยืนยันโดยการศึกษาของ Mulder และคณะ (2001) โดยการศึกษานี้มีสมมติฐาน 4 ข้อคือ (1) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่น่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ (2) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่น่าจะมีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบรวมด้านจิตใจเด่นกว่าองค์ประกอบรวมด้านร่างกาย (3) จำนวนบุหรี่ที่สูบหรือเคยสูบและระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ในลักษณะของ dose-response relationship (4) ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่นานขึ้นหรือกลุ่มที่สูบบุหรี่สูบจำนวนมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจาก The Monitoring Project on Risk factors for Chronic Diseases (MORGAN study) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ในช่วงปี ค.ศ. 1993-1997 โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลในช่วงปี ค.ศ. 1995-1997 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ที่ไม่มีข้อมูลคุณภาพชีวิตและไม่ได้รายงานภาวะของการสูบบุหรี่รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจากการสูบบุหรี่เช่น โรคมะเร็ง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก โรคหืดและโรคถุงลมปอดโป่งพองจะคัดออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์มีทั้งหมด 9,660 คน เป็นชาย 4,348 คน และหญิง 5,312 คน เป็นประชากรจาก 3 เมืองของประเทศเนเธอร์แลนด์คือ Amsterdam, Maastricht และ Doetinchem กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-59 ปี สำหรับข้อมูลคุณภาพชีวิตที่ได้เก็บรวบรวมไว้นั้นใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 (Dutch version; RAND-36) โดยผู้ให้ข้อมูลกรอกด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ (1) กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ประกอบด้วย ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 90) ผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่าเดือนละ 1 มวน (ร้อยละ 3) และผู้ที่สูบระหว่าง 1 มวนต่อวันถึง 1 มวนต่อเดือน (ร้อยละ 7) (2) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ แบ่งตาม

ระยะเวลาที่เลิกสูบประกอบด้วย ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วง 5-9 ปี ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ≥ 10 ปี นอกจากนี้ยังแบ่งย่อยอีกเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่ระดับต่ำ (ex-light; สูบ 1-9 มวนต่อวัน) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ระดับปานกลาง (ex-moderate; สูบ 10-19 มวนต่อวัน) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ระดับสูง (ex-heavy; สูบ ≥ 20 มวนต่อวัน) (3) กลุ่มที่สูบบุหรี่ แบ่งตามจำนวนมวนที่สูบต่อวันประกอบด้วย ผู้ที่สูบบุหรี่ระดับต่ำ (light smoker; สูบบุหรี่ 1-9 มวนต่อวัน) ผู้ที่สูบบุหรี่ระดับปานกลาง (medium smoker; สูบบุหรี่ 10-19 มวนต่อวัน) ผู้ที่สูบบุหรี่ระดับสูง (heavy smoker; สูบบุหรี่ ≥ 20 มวนต่อวัน) นอกจากนี้ใช้ปัจจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์สังคมคือ ระดับการศึกษาเป็น covariate ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ การศึกษาน้อย ปานกลางและสูง การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการคำนวณคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านของ SF-36 รวมทั้งองค์ประกอบรวมด้านร่างกายและองค์ประกอบด้านจิตใจ และควบคุมตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาและภูมิลำเนา โดยใช้สถิติ multivariate analysis of variance นอกจากนี้ใช้สถิติ linear regression model เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่เคยสูบต่อวันในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่รวมทั้งจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาสรุปแยกตามสมมติฐาน 4 ข้อดังนี้ <u>สมมติฐานที่ 1</u>: กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่น่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน (หลังจากควบคุมตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาและภูมิลำเนา) ระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่กับกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย ส่วนในกลุ่มที่สูบบุหรี่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านต่ำกว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่สูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย <u>สมมติฐานที่ 2</u>: กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่น่าจะมีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบรวมด้านจิตใจเด่นกว่าองค์ประกอบรวมด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันมากที่สุดระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่กับกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่คือ ด้านสุขภาพจิตและด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ สำหรับคะแนนองค์ประกอบรวมด้านร่างกายนั้นกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนองค์ประกอบรวมด้านจิตใจพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาและภูมิลำเนาไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว <u>สมมติฐานที่ 3</u>: จำนวนบุหรี่ที่สูบหรือเคยสูบและระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ในลักษณะของ dose-response relationship ผลการศึกษาพบว่า สำหรับด้านระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่หากระยะเวลาที่เลิกสูบยิ่งนานจะทำให้คะแนนด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา ด้าน

สุขภาพจิตและองค์ประกอบรวมด้านจิตใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านจำนวนมวนที่สูบพบว่าในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่หากจำนวนบุหรี่ที่เคยสูบยิ่งมากจะทำให้คะแนนด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และองค์ประกอบรวมด้านร่างกายลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่สูบบุหรี่พบว่าหากจำนวนบุหรี่ที่สูบยิ่งมากจะทำให้คะแนนทั้ง 8 ด้านของ SF-36 รวมทั้งองค์ประกอบรวมด้านร่างกายและองค์ประกอบรวมด้านจิตใจลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาและภูมิลำเนามีผลกระทบต่อความสัมพันธ์เหล่านี้น้อยมาก <u>สมมติฐานที่ 4</u>: ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้น เมื่อระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่นานขึ้นหรือกลุ่มที่สูบบุหรี่สูบจำนวนมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า 4.1) ผลของระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ต่อความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิต: กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ที่เคยสูบบุหรี่ในระดับต่ำ (ex-light) ซึ่งเลิกสูบมาน้อยกว่า 5 ปีหรือเลิกสูบอยู่ในช่วง 5-10 ปี มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำแต่ถ้าเลิกมานานกว่า 10 ปี พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต ด้านความมีชีวิตชีวาและด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ (ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และด้านสุขภาพจิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความมีชีวิตชีวาและด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์สูงกว่าค่อนข้างมากแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ) ส่วนในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ที่เคยสูบบุหรี่ในระดับสูงจะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับสูงอย่างมากและมีนัยสำคัญทางสถิติไม่ว่าเลิกสูบบุหรี่ได้นานเท่าใด โดยสรุปแล้วระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลต่อความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ ปานกลาง หรือสูง (ยกเว้นด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆระหว่างกลุ่มที่สูบหรือเคยสูบระดับปานกลาง และด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่สูบหรือเคยสูบระดับสูง) 4.2) ผลของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิต: ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเพิ่มขึ้น ยกเว้นด้านความมีชีวิตชีวา ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และด้านสุขภาพจิตเมื่อเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี และด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์เมื่อเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 5-10 ปี จากผลข้างต้นโดยสรุปแล้วความแตกต่างของคะแนน

คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่นั้นค่อนข้างเด่นชัดในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต (โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์) มากกว่าด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางกาย โดยที่ตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาและภูมิลำเนามีผลกระทบต่อความสัมพันธ์เหล่านี้น้อยมาก ผู้วิจัยได้สรุปผลโดยรวมว่าในกลุ่มประชากรที่ไม่มีประวัติการเกิดโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่หากในอดีตเคยสูบบุหรี่ในระดับสูง ระดับคุณภาพชีวิตจะต่ำมากกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ผลนี้ยิ่งเห็นเด่นชัดสำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ โดยพบว่ายิ่งถ้าสูบบุหรี่ในระดับสูงระดับคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง และประเด็นสุดท้ายความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเมื่อจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตกับระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้างต้นยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวหลังจากที่ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มักเกิดอาการถอนนิโคตินและอาการอื่นๆซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งยังไม่มีการวัดระดับคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้ด้วยเครื่องมือเฉพาะ สำหรับการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่นั้นได้ทำขึ้นครั้งแรกโดยการศึกษาของ Olufade และคณะ (1999) โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเรียกว่า Smoking Cessation Quality of Life questionnaire (SCQoL) เป็นการนำแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 มารวมกับข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation-targeted items) ที่สร้างขึ้นใหม่อีก 5 ด้านคือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (social interaction) ด้านการควบคุมตนเอง (self-control) ด้านการนอนหลับ (sleep) ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจ (cognitive functioning) และด้านความวิตกกังวล (anxiety) โดยให้ประเมินตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ของเครื่องมือฉบับดังกล่าวแสดงในตารางที่ 5

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างข้อคำถาม 2) การทดสอบขั้นต้น 3) การทดสอบจริงในกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนแรกได้สร้างข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จากการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครจาก Arizona Program for Nicotine and Tobacco Research (APNTR) อายุระหว่าง 12-53 ปี เป็นชาย 10 คนและหญิง 9 คน โดยมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่ 6 คนและเลิกสูบบุหรี่ 13 คน (เลิกสูบบุหรี่ไม่เกิน 3 เดือน) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 28 ปี และเคยทดลองเลิกสูบบุหรี่มาหลายครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนานำมาใช้ในการสร้างข้อคำถามจำนวน 22 ข้อคำถาม จากนั้นทำการทดสอบขั้นต้นในกลุ่มตัวอย่าง 12 คน เป็นชาย 7 คนและหญิง 5 คน อายุระหว่าง

18-56 ปี โดยมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่ 8 คนและเลิกสูบบุหรี่ 4 คน (เลิกสูบบุหรี่ไม่เกิน 3 ปี) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 31.5 ปี และเคยทดลองเลิกสูบบุหรี่มาหลายครั้ง หลังผ่านการทดสอบขั้นต้นได้ตัดข้อคำถาม 1 ข้อออกและเปลี่ยนแปลงภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นจัดเตรียมเครื่องมือฉบับร่างเพื่อทดสอบจริงในกลุ่มตัวอย่าง โดยเครื่องมือฉบับร่างนี้มีทั้งหมด 7 ด้าน จำนวน 21 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจำนวน 3 ข้อคำถาม ด้านการควบคุมตนเองจำนวน 3 ข้อคำถาม ด้านการนอนหลับจำนวน 4 ข้อคำถาม ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจจำนวน 4 ข้อคำถาม ด้านความวิตกกังวลจำนวน 2 ข้อคำถาม ด้านความกังวล (worry) จำนวน 2 ข้อคำถาม และด้านกิจกรรมทางเพศ (sexual functioning) จำนวน 3 ข้อคำถาม เมื่อนำเครื่องมือฉบับร่างในส่วนของข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 7 ด้าน มารวมกับ SF-36 (8 ด้าน) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ฉบับรวมจำนวน 15 ด้าน และได้นำไปทดสอบความเที่ยงและความตรงในผู้ที่สูบและเลิกสูบบุหรี่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 98 คน เป็นชาย 58 คนและหญิง 40 คน ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 75 ราย (ร้อยละ 76.5) และเลิกสูบบุหรี่แล้ว 23 คน (ร้อยละ 23.5) ในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 82.6 ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด ระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 28 ปี จากผลข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาได้ตัดข้อคำถามที่มีผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละข้อคำถาม (% ceiling) และผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดในแต่ละข้อคำถาม (% floor) มากกว่าร้อยละ 30 ออก ทำให้ในส่วนของข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เหลือเพียง 5 ด้าน โดย 2 ด้านที่ตัดออกคือ ด้านความกังวล และด้านกิจกรรมทางเพศ นอกจากนี้มีข้อคำถามด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 1 ข้อถูกตัดออกทำให้เหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อคำถาม หลังจากนั้นนำข้อคำถามที่เหลือไปวิเคราะห์องค์ประกอบ (exploratory factor analysis; EFA) โดยวิธีการสกัดองค์ประกอบใช้วิธีแกนหลัก (principal axis factoring) วิธีการหมุนแกนองค์ประกอบใช้การหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมแหลม (oblique rotation) ชนิด direct oblimin พบว่าจำนวนด้าน 5 ด้านนั้นมีความเหมาะสม เนื่องจากสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมทั้งหมดได้มากกว่าร้อยละ 70 โดยจำนวนของข้อคำถามในแต่ละด้านคือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจำนวน 2 ข้อคำถาม ด้านการควบคุมตนเองจำนวน 5 ข้อคำถาม ด้านการนอนหลับจำนวน 3 ข้อคำถาม ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจจำนวน 3 ข้อคำถาม และด้านความวิตกกังวลจำนวน 2 ข้อคำถาม โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ของแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ในช่วง 0.32 ถึง 0.81 สำหรับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้าน (correlations between factor) อยู่ในช่วง 0.09 (ระหว่างด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและด้านการควบคุมตนเอง) ถึง 0.45 (ระหว่างด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจและด้านการนอนหลับ) สำหรับค่า Cronbach' s coefficient alpha ของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.68 (ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น) ถึง 0.86 (ด้านความวิตกกังวล) ส่วนค่า Cronbach' s

coefficient alpha ของแต่ละด้านทั้ง 8 ด้านใน SF-36 อยู่ในเกณฑ์ที่สูงโดยมีค่าตั้งแต่ 0.82 (ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง) ถึง 0.96 (ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย) โดยมี 3 ด้านที่มีค่า Cronbach' s coefficient alpha ตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไปคือ ด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (0.93), ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย (0.96) และ ด้านความมีชีวิตชีวา (0.90) นอกจากยังตรวจสอบความตรงโดยการทำ known group validity โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่และเลิกสูบบุหรี่เป็นเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีสมมติฐานว่าในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากทั้ง 13 ด้าน พบว่าในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ทุกด้าน โดยพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งหมด 6 ด้าน (SF-36 จำนวน 3 ด้าน และข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 3 ด้าน) ได้แก่ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา ด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการนอนหลับและด้านความวิตกกังวล การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ค่อนข้างจำกัดทำให้อาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด จึงอาจมีปัญหาในการนำไปใช้ในประชากรกลุ่มใหญ่ รวมทั้งไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเช่น การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ หรือ การรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าในขั้นตอนต่อไปเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้ควรมีการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) เพื่อเป็นการยืนยันว่าสามารถใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวหลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้

ตารางที่ 5 ข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (Olufade และคณะ, 1999)

ด้าน	ข้อคำถามและตัวเลือก
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (2 ข้อคำถาม)	- Did you act irritable toward those around you? - Did you get along well with other people? (Response choices were: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, none of the time)
การควบคุมตนเอง (5 ข้อคำถาม)	- I have very little willpower in regard to smoking. - I am in control of whether I smoke or not. - I am worried that I will start smoking again. - The urge to smoke overwhelms me. (Response choices were: definite true, mostly true, don't know, mostly false, definite false)

ตารางที่ 5 ข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (ต่อ) (Olufade และคณะ, 1999)

ด้าน	ข้อคำถามและตัวเลือก
การควบคุมตนเอง (5 ข้อคำถาม) (ต่อ)	- Were you obsessed by thoughts of smoking? (Response choices were: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, none of the time)
การนอนหลับ (3 ข้อคำถาม)	- Have trouble falling asleep? - Awaken during the night and have trouble falling asleep again? - Get the amount of sleep you needed? (Response choices were: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, none of the time)
การเรียนรู้/ การจำ/ การตัดสินใจ (3 ข้อคำถาม)	- Did you have difficulty concentrating? - Did you have difficulty thinking and solving problems? - Did you have difficulty remembering things? (Response choices were: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, none of the time)
ความวิตกกังวล (2 ข้อคำถาม)	- Did you feel restless, unsettled, or jittery? - Did you feel anxious or worried? (Response choices were: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, none of the time)

ต่อมา Shaw และคณะ (2001) ได้นำเครื่องมือ SCQoL ฉบับดังกล่าวมาทำการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นการยืนยันว่าสามารถใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ได้ โดยทำการเปรียบเทียบคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านทั้งหมด 13 ด้าน (SF-36 จำนวน 8 ด้าน และข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 ด้าน) ตามระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อายุ 18 ปีขึ้นไปและต้องใช้ยานิโคตินทดแทนชนิดสูดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ การประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะทำ 2 ครั้งคือ ที่ระดับพื้นฐาน (baseline) และที่เวลานัดติดตาม 2-6 สัปดาห์ (follow up) กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นมีทั้งหมด 240 คน อย่างไรก็ตามมีผู้ที่มาติดตามที่ 2-6 สัปดาห์และมีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของการสูบบุหรี่ และข้อมูลคะแนนที่ระดับพื้นฐานครบถ้วนเพียง 140 คน (ร้อยละ 58.3) ผู้วิจัยทำการหาค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คนเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ในวันที่นัดติดตามคือ กลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (recidivists, 0 day smoke free) จำนวน 55 คน กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 1-7

วัน (short-term abstainers, 1-7 days smoke free) จำนวน 47 คนและกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานกว่า 7 วัน (8-17 วัน) (long-term abstainers, > 7 days smoke free) จำนวน 38 คน จากนั้นทำการคำนวณความแตกต่างของคะแนนในด้านต่างๆที่ระดับพื้นฐานและที่เวลาติดตาม (score change = score at follow up - score at baseline) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis tests ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและไม่ได้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ) พบว่าคะแนนความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้านคือ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา ด้านสุขภาพจิต ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความวิตกกังวล รวมทั้งองค์ประกอบรวมด้านจิตใจ (ในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานกว่า 7 วันและกลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีความแตกต่างกันมากที่สุด) แสดงว่าด้านต่างๆเหล่านี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมากโดยด้านที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงสูงสุดคือ ด้านการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานกว่า 7 วันมีการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างระดับพื้นฐานและที่นัดติดตามน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยมีคะแนนลดลง 2 ด้าน จาก 13 ด้านคือ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกายและด้านการนอนหลับ สำหรับกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 1-7 วัน มีการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างระดับพื้นฐานและที่นัดติดตามมากที่สุดจำนวน 8 ด้าน จาก 13 ด้านคือ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจ และด้านความวิตกกังวลรวมทั้งมีการลดลงขององค์ประกอบรวมด้านจิตใจ ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างระดับพื้นฐานและที่นัดติดตามมากที่สุดจำนวน 9 ด้านจาก 13 ด้านคือ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจและด้านความวิตกกังวลรวมทั้งมีการลดลงขององค์ประกอบรวมด้านจิตใจ ดังนั้นผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า เครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้สามารถใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวหลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ในผู้เลิกสูบบุหรี่ที่มีอาการถอนนิโคตินมากจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ค่อนข้างจำกัดและขาดการติดตามจำนวนมากจึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมดและอาจมีปัญหาสำหรับการนำไปใช้ในประชากรกลุ่มใหญ่

รวมทั้งอาจเกิดอคติจากการคัดเลือก (selective bias) เนื่องจากข้อมูลได้รับจากกลุ่มที่กลับมาติดตามเท่านั้น และไม่ได้ทำการศึกษาครอบคลุมยาช่วยเลิกบุหรี่ทุกชนิดและไม่สามารถกำหนดวันที่แน่นอนให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่และมาตามนัดพร้อมกัน รวมทั้งไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะที่นานกว่านี้ นอกจากนี้การแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่นั้นอาศัยจากการรายงานด้วยตนเองซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดได้เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ (recall bias) ดังนั้นหากได้มีการตรวจยืนยันโดยผลทางห้องปฏิบัติการเช่น ตรวจระดับสาร cotinine ในเลือดหรือปัสสาวะจะทำให้ผลที่ได้มีความถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เสนอว่าเนื่องจากเครื่องมือ SCQoL มีทั้งหมด 13 ด้าน จำนวน 51 ข้อคำถามอาจทำให้ความร่วมมือในการตอบคำถามลดลง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือให้สั้นกะทัดรัดสะดวกในการเก็บข้อมูลมากขึ้น

การติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แบบไปข้างหน้า (prospective) มีครั้งแรกในการศึกษาของ Zilich และคณะ (2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ของเภสัชกรและติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่แล้วโดยใช้เครื่องมือ SCQoL ที่พัฒนาโดย Olufade และคณะ (1999) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดบุหรี่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่และยินยอมเข้าร่วมวิจัย โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ครั้งละ 1 ชั่วโมง) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นต้องเข้ากลุ่มเพิ่มอีก 12 สัปดาห์เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (relapse prevention) โดยการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งในช่วงต้นชั่วโมงจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นมีสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการเปิดเทปวิดิทัศน์ให้ชมรวมทั้งให้แนะนำการปฏิบัติตัวต่างๆ เช่น การคุมน้ำหนักตัว วิธีปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารและการจัดการกับความตึงเครียด นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องใช้ยานิโคตินทดแทนคือ หมากฝรั่งหรือแผ่นแปะนิโคตินเพื่อป้องกันอาการถอนนิโคติน (ส่วนยา bupropion เภสัชกรไม่สามารถจ่ายได้เนื่องจากต้องมีใบสั่งแพทย์) โดยในการเข้ากลุ่มครั้งแรกมีการแนะนำยาและสอนการใช้ยาแต่ละชนิดรวมทั้งอาการข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เลือกรูปแบบยานิโคตินทดแทนที่จะใช้ด้วยตนเองและกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้าซึ่งเป็นวันแรกที่เริ่มใช้ยานิโคตินทดแทน ขนาดยาที่ใช้ต่อวันจะปรับตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน โดยหากสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ซองต่อวันขึ้นไปใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินขนาด 21 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้าสูบน้อยกว่า 1 ซองต่อวันใช้ขนาด 14 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้งนี้ต้องใช้ยาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ก่อนปรับขนาดยาลดลง โดยในกลุ่มที่ใช้ขนาด 21 มิลลิกรัมเปลี่ยนมาใช้ขนาด 14 มิลลิกรัมเป็นเวลา 2 สัปดาห์และลดลงเป็น 7 มิลลิกรัมอีก 2 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มที่ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัมเปลี่ยนมาใช้ขนาด 7 มิลลิกรัม

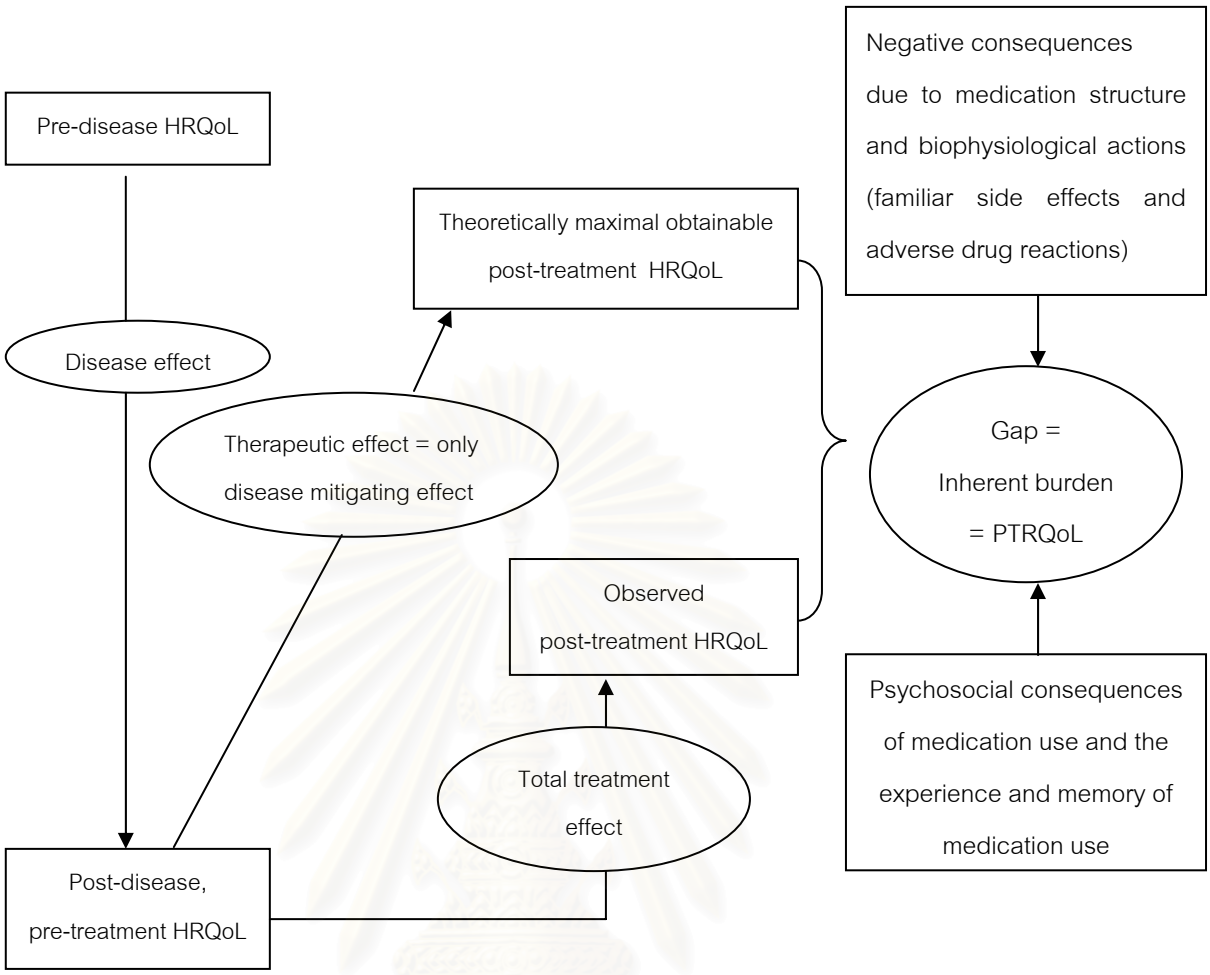
ต่ออีก 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่เลือกใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินจะคำนวณขนาดยาโดยใช้หมากฝรั่ง 1 ชิ้นต่อบุหรี่ที่เคยสูบ 2 มวน (หมากฝรั่ง 1 ชิ้นมีนิโคติน 4 มิลลิกรัม) และจะปรับขนาดยาลดลงทุกสัปดาห์จนครบ 12 สัปดาห์ การวิจัยนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองทุกสัปดาห์ร่วมกับการตรวจยืนยันการเลิกสูบบุหรี่โดยวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออกในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 (ค่า CO ต้องต่ำกว่า 10 ppm จึงจะถือว่าเลิกสูบบุหรี่) และมีการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด 6 ครั้งคือ ที่ระดับพื้นฐาน สัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1, 2, 3 และ 6 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มต้นมีทั้งหมด 31 คน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยประมาณ 24 ปี เคยเลิกสูบมาก่อนแต่ไม่สำเร็จ ในจำนวนนี้มีผู้เลือกใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินเพียง 2 ราย ที่เหลือเลือกใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน ที่ระดับพื้นฐานมีผู้เข้าร่วมวิจัย 23 คน (ร้อยละ 74.2) ที่ได้ตอบคำถามในเครื่องมือ SCQoL สำหรับจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่และมาติดตามที่สัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1 และ 2 เท่ากับ 20 คน (ร้อยละ 64.5) 20 คน (ร้อยละ 64.5) และ 17 คน (ร้อยละ 54.8) ตามลำดับ จากการติดตามที่ 3 และ 6 เดือน พบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัย 16 คน (ร้อยละ 52) มาติดตามจนครบ 3 เดือนและรายงานว่าเลิกสูบบุหรี่ และมีเพียง 10 ราย (ร้อยละ 32) ที่มาติดตามจนครบ 6 เดือนและรายงานว่าเลิกสูบบุหรี่ หลังจากตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์เพื่อยืนยันพบว่ามีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จริงเท่ากับ 13 คน (ร้อยละ 42) และ 8 คน (ร้อยละ 26) ที่ 3 และ 6 เดือนตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านที่ระดับพื้นฐานและหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ที่สัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1, 2, 3 ใช้สถิติ Analysis of variance (ANOVA) with repeated measures (เดือนที่ 6 ไม่สามารถใช้สถิติ ANOVA ได้เนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป) จากการศึกษานี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วงสองสัปดาห์แรกนั้นลดลงจากช่วงก่อนเลิกสูบบุหรี่ถึง 7 ด้านจากทั้งหมด 13 ด้านคือ 1) ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ 2) ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 3) ด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย 4) ด้านสุขภาพจิต 5) ด้านการนอนหลับ 6) ด้านการเรียนรู้ การจำและการตัดสินใจ และ 7) ด้านความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในด้านการควบคุมตนเองและด้านความมีชีวิตชีวา จะค่อยๆดีขึ้นหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 3 เดือนแรก แต่จากการประเมินหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวาและ ด้านสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยสรุปว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ลดลงโดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกและคุณภาพชีวิตจะดีขึ้นกว่าตอนที่ยังสูบบุหรี่อย่างชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 3 เดือนและการที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ลดลงโดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกนั้นสามารถนำมาอธิบายถึงสาเหตุ

ของการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ในช่วงแรกหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่และบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่แต่ละรายต่อไป อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดในแง่ของจำนวนตัวอย่างที่น้อยเกินไปรวมทั้งไม่มีกลุ่มควบคุมในการวิเคราะห์ผล

3. แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (Pharmaceutical Therapy - Related Quality of Life; PTRQoL) และคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้กลายมาเป็นเป้าหมายสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์แล้วยังเป็นเป้าหมายที่สำคัญของงานบริบาลทางเภสัชกรรมด้วย ดังคำปรัชญางานบริบาลทางเภสัชกรรมของ Hepler และ Strand (1990) ดังนี้ “งานบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” เนื่องจากการใช้ยาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการรักษาที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลง โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังหรือยาที่จำเป็นต้องใช้ในระยะเวลานานเพื่อบรรเทาอาการหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยาที่ให้ผลการรักษาที่ดีแต่มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูงซึ่งอาจต้องเปรียบเทียบระหว่างผลได้และผลเสียจากการใช้ยา รวมทั้งการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการใช้ยาหลายตัวที่ผลการรักษาทางคลินิกใกล้เคียงกันแต่อาการข้างเคียงจากการใช้ยาแตกต่างกัน ในปัจจุบันแนวทางการพัฒนายาใหม่ได้เน้นคุณสมบัติในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยนอกเหนือไปจากผลการรักษาทางยา จนอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลายมาเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการใช้ยาที่สำคัญอันดับแรกโดยเฉพาะในกรณีที่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการไปตลอดชีวิตหรือรักษาโรคเรื้อรัง (MacKeigan และ Pathak, 1992; Bungay และคณะ, 1996; Badia และ Herdman, 2001)

การประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการใช้ยาทางคลินิกนั้น เครื่องมือที่ใช้ในปัจจุบันเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปหรือเฉพาะเจาะจงต่อโรค เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาโดยตรง อย่างไรก็ตาม Murawski และ Bentley (2001) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (Pharmaceutical Therapy-Related Quality of Life: PTRQoL) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นซึ่งแนวความคิดดังกล่าวแสดงดังรูปที่ 2



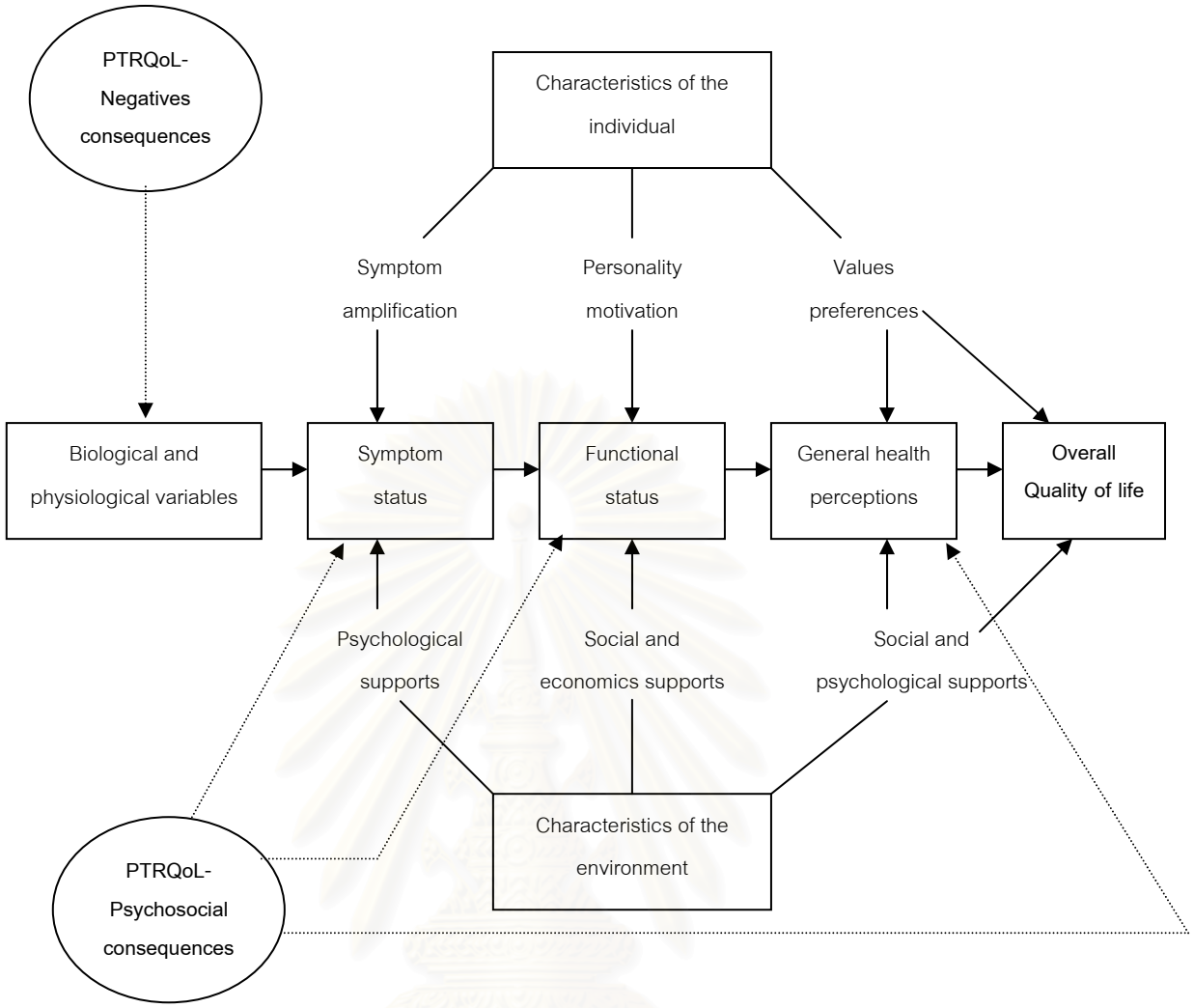
รูปที่ 2 แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (Murawski และ Bentley, 2001)

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาของ Murawski และ Bentley (2001) กล่าวไว้ว่า ภายใต้สมมติฐานที่ว่าการเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลนั้นลดลง ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเป็นโรคระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลนั้นจัดอยู่ในระดับหนึ่ง (pre-disease HRQoL) แต่หลังจากที่เกิดโรคขึ้นร่างกายได้รับผลกระทบจากการเป็นโรค (disease effect) ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงกว่าเดิม (ดังรูปที่ 2) คือ มาอยู่ที่ระดับคุณภาพชีวิตหลังจากเป็นโรคก่อนทำการรักษา (post-disease, pre-treatment HRQoL) แต่หลังจากได้รับการรักษาแล้ว ในทางทฤษฎีหากยาให้ผลในการรักษาอย่างดีเยี่ยม (perfect therapy) โดยให้ผลเชิงบวกเพียงอย่างเดียวจะช่วยบรรเทาอาการโรคและทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นจนใกล้เคียงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเดิม (theoretically maximal obtainable post-treatment HRQoL) อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้จากการรักษาที่พบได้จริง (observed post-treatment HRQoL) นั้นกลับมีระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็นตามทฤษฎี

ซึ่งความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่ควรเป็นตามทฤษฎีและคุณภาพชีวิตที่พบได้จริง เรียกว่า คุณภาพชีวิตที่เกิดจากการใช้ยา (Gap; inherent burden; PTRQoL) ความแตกต่างดังกล่าวมีสาเหตุ 2 ประการคือ ประการแรก ผลเชิงลบของยาเนื่องจากคุณสมบัติของตัวยาเองหรือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (negative consequences due to medication structure and biophysiological actions) เพราะยานอกจากจะมีผลเชิงบวกในการรักษาซึ่งเป็นฤทธิ์ที่ต้องการแล้วยายังผลเชิงลบอื่นๆที่ไม่ต้องการเช่น การเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประการที่สอง ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่ผู้ป่วยมีต่อการใช้ยา (psychosocial consequences of medication use) รวมทั้งประสบการณ์และความทรงจำต่างๆที่มีต่อการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อยาในด้านลบ หากความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่ควรเป็นตามทฤษฎีและคุณภาพชีวิตที่พบได้จริงมีมากหรือ Gap กว้างมากๆ อาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตหลังจากการรักษาของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับคุณภาพชีวิตหลังจากเป็นโรคก่อนทำการรักษาได้ แสดงว่ายาที่ใช้ในการรักษานั้นเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี ดังนั้นผลที่ได้จากรักษาด้วยยาทั้งหมด (total treatment effect) จึงประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ ผลได้ในการรักษาทางยา (therapeutic effect) และผลเสียที่เกิดจากการใช้ยา (inherent burden; PTRQoL) หากต้องการให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาต้องลดผลเสียที่เกิดจากการใช้ยา (inherent burden) ให้น้อยที่สุด

Wilson และ Cleary (1995) ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา (patient outcome) ที่ประยุกต์มาจากแบบจำลองทางชีวแพทยศาสตร์ (biomedical model) และแบบจำลองคุณภาพชีวิต (quality of life model) ซึ่ง Murawski และ Bentley (2001) ได้นำแบบจำลองดังกล่าวมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (PTRQoL) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) แสดงดังรูปที่ 3

Wilson และ Cleary (1995) ได้แบ่งผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาออกเป็น 5 ด้าน คือ ผลทางด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา (biologic and physiologic variables) อาการโรคของผู้ป่วย (patient symptoms) ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (patient functioning) การยอมรับต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (general health perception) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) ซึ่งผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาต่างๆในแต่ละด้านจะเกี่ยวข้องเป็นเหตุเป็นผลและมีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้แบบจำลองดังกล่าวยังเสนอข้อคิดเห็นว่าลักษณะประจำตัวส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และ สิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) นั้นจะเข้ามามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาด้วย



รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (PTRQoL) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) ตามแบบจำลองของ Wilson-Cleary (1995)

Murawski และ Bentley (2001) ได้ใช้แบบจำลองข้างต้นมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) และคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการใช้ยา (PTRQoL) ที่แบ่งเป็น 2 ด้านหลักคือ ด้านผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยาดังนี้ สำหรับผลเชิงลบเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของตัวยาที่มีต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเห็นตัวอย่างได้ชัดเจนเนื่องจากยามีคุณสมบัติไปเปลี่ยนแปลงลักษณะทางด้านชีววิทยาและสรีระวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการข้างเคียงจากยา (patient symptoms) อาการที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ (patient functioning) รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลงในที่สุด (ดังรูปที่ 3) ในทางกลับกันผลเชิงบวกหรือผลใน

การรักษาทางยาจะส่งผลต่อลักษณะทางด้านชีววิทยาและสรีระวิทยาของร่างกายและส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นอาจไม่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจน แต่ความรู้สึกด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออาการโรคและ/หรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันและ/หรือการยอมรับต่อภาวะสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด เช่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลจากการใช้ยา ความรู้สึกวิตกกังวลอาจเกิดได้จากทั้งความรู้สึกด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยหรืออาจเกิดจากผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ซึ่งความรู้สึกวิตกกังวลจัดเป็นอาการแสดงของผู้ป่วย (patient symptoms) และถ้าเป็นมากๆจะส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (patient functioning) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

จากแนวความคิดข้างต้นทำให้สามารถสรุปได้ว่า ในการรักษาด้วยยานั้นสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เนื่องจากการใช้ยาจะช่วยบำบัดและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามนอกจากยาจะให้ผลในการรักษาแล้วยายังมีผลอื่นๆที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาซึ่งสาเหตุแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ง่วงนอน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น และความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยาเช่น ผู้ป่วยเกิดความละอายที่จะใช้ยาเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่นในสังคม การเกิดความเครียดเมื่อต้องใช้ยาที่มีวิธีการใช้ยุ่งยากหรือต้องใช้ยาหลายตัวร่วมกัน การเกิดความสับสนมีการเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่หรือเปลี่ยนแปลงขนาดยาที่รับประทานต่อวัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหรือเกรงว่าหากใช้ยาไปนานๆจะเกิดการติดยา เป็นต้น ทั้งผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยารวมกันเรียกว่า คุณภาพชีวิตที่เกิดจากการใช้ยา (PTRQoL) ดังนั้นการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจึงต้องลดการเกิดปัจจัยทั้งสองตัวให้มากที่สุดเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาและลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

เนื่องจากการเสพติดบุหรี่จัดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความช่วยเหลือในการบำบัดให้เลิกสูบบุหรี่ตามแนวทางของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2000) และปัจจุบันการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่มีบทบาทมากขึ้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยามาประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ โดยหากพิจารณาตามแนวความคิดของ Murawski และ Bentley (2001) จะสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้ดังนี้

(1) ด้านผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและคุณสมบัติของยา

ก) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน เนื่องจากรูปแบบเภสัชภัณฑ์เป็นหมากฝรั่งสำหรับเคี้ยวและมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ nicotine polacrilex ซึ่งเป็น nicotine resin complex ทำให้ค่อนข้างแข็ง รวมทั้งการใช้ยาต้องเคี้ยวหมากฝรั่งมากกว่า 10-15 ชิ้น ต่อวัน (เพราะหากใช้ยาขนาดต่ำไปจะทำให้ไม่สามารถป้องกันอาการถอนนิโคตินได้) และต้องเคี้ยวอย่างน้อย 30 นาทีต่อหมากฝรั่ง 1 ชิ้น ดังนั้นการใช้ยาจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ได้ในแง่ของการมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเป็นแผลภายในช่องปาก ปวดกราม รวมทั้งระคายเคืองเยื่อบุช่องปาก ลิ้น และลำคอได้ นอกจากนี้ด้วยตัวคุณสมบัติของนิโคตินหากลงสู่กระเพาะอาหารจะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดแสบยอดอก และหากใช้ยาไม่ถูกวิธีเช่น เคี้ยวหมากฝรั่งเร็วเกินไปจะทำให้นิโคตินถูกปลดปล่อยออกมามาก ทำให้มีอาการสะอึก เรอ ระคายคอหรือคลื่นไส้ได้ โดยทั่วไปผู้ใช้ยาจะทนต่ออาการข้างเคียงเหล่านี้ได้ภายใน 1 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามการใช้ยานี้อาจมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเลิกบุหรี่ลดลงและผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่จะไม่ต้องการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินเพราะวิธีการใช้ยุ่งยากและรสชาติไม่ดีอีกด้วย นอกจากนี้มีรายงานว่ามีผู้ที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินเพื่อเลิกบุหรี่ประมาณร้อยละ 5 เกิดการเสพติดนิโคตินในหมากฝรั่ง (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998b; Kennedy และ Chang, 2000; AHRQ, 2000; McEvoy, 2003)

ข) แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน การใช้ยาตัวนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ได้ในแง่ของรูปแบบเภสัชภัณฑ์เป็นแผ่นปิดผิวหนัง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง เกิดผื่นแดง คัน ปวดบวมและแสบร้อนบริเวณที่ปิดแผ่นยา พบได้ถึงร้อยละ 35-54 ของผู้ที่ใช้ยา นอกจากนี้การดูดซึมนิโคตินผ่านผิวหนังในผู้ใช้แต่ละรายแตกต่างกัน ดังนั้นการปรับขนาดยาให้เหมาะสมจึงทำได้ยากกว่าการใช้ยารูปแบบอื่นๆ จึงมักพบว่าในผู้ที่ได้รับนิโคตินมากเกินไป (โดยเฉพาะช่วงแรกที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด) อาจเกิดอาการใจสั่น ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้อาเจียน ปั่นป่วนในท้อง วิงเวียนศีรษะหรือมึนงง ในผู้ใช้บางรายอาจมีอาการนอนหลับยากและฝันร้ายซึ่งพบประมาณร้อยละ 23 ของผู้ที่ใช้ยา ดังนั้นการใช้ยานี้อาจมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเลิกบุหรี่ลดลงเช่นกัน (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998b; Kennedy และ Chang, 2000; AHRQ, 2000; McEvoy, 2003)

ค) ยาเม็ดชนิดรับประทานสำหรับเลิกบุหรี่ bupropion SR เนื่องจากยานี้ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ35-40) ปวดศีรษะ (บางครั้งรุนแรงมากจนต้องหยุดยา) วิงเวียนศีรษะ และอาจมีอาการท้องผูกหรือปากแห้ง คอแห้ง (ร้อยละ 10) ยานี้มีรายงานอาการข้างเคียงที่ค่อนข้างรุนแรงคือ อาการชัก โดยขึ้นอยู่

กับขนาดยาที่ใช้ มีรายงานว่าหากใช้ยานี้ในรูปยาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันที (conventional tablet) เพื่อรักษาอาการซึมเศร้าในขนาดไม่เกิน 450 มิลลิกรัมพบการเกิดอุบัติการณ์ชักประมาณร้อยละ 0.4 อย่างไรก็ตามยา bupropion เพื่อเลิกบุหรี่นี้เป็นรูปแบบออกฤทธิ์เนิ่น (sustained-release tablet) และขนาดใช้ยาไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวันพบรายงานการเกิดอุบัติการณ์ชักต่ำมากประมาณร้อยละ 0.1 นอกจากนี้ยาอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 2.5 หากใช้เพียงตัวเดียว แต่ถ้าใช้ร่วมกับแผ่นปิดผิวหนังนิโคตินโอกาสเกิดเพิ่มเป็นร้อยละ 6.1) และอาจทำให้มีอาการใจสั่นและหัวใจเต้นแรงได้ (Wongwiwatthananukit, Jack และ Popovich, 1998b; AHRQ, 2000; McEvoy, 2003)

ง) ยา nortriptyline ยาตัวนี้เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาค่อนข้างสูงจึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาตัวแรกเนื่องจากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ค่อนข้างมาก สำหรับอาการข้างเคียงที่พบบ่อยเกิดจากฤทธิ์ anticholinergic ของยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง (ร้อยละ 64-78) ง่วงนอน ตาพร่า ปัสสาวะไม่ออก มือสั่น มึนงง โดยทั่วไปหากจะใช้ยาตัวนี้ควรเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำแล้วค่อยปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น (AHRQ, 2000; Doering, 2002; McEvoy, 2003)

จ) น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และชาหญ้าดอกขาว โดยทั่วไปไม่มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงแต่ที่พบคือ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นชาและทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์; นริศรา แย้มทรัพย์, 2541)

(2) ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา

ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับการขาดความยอมรับจากผู้ใช้คือ ยาในกลุ่มนิโคตินทดแทน ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความยอมรับของผู้ใช้ในการรักษาด้วยยากลุ่มนิโคตินทดแทนของ Hajek และคณะ (1999) โดยเปรียบเทียบระหว่างหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน นิโคตินรูปแบบสเปรย์และนิโคตินรูปแบบยาสูด (สองรูปแบบหลังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย) พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างยาทดแทนนิโคตินรูปแบบต่างๆในแง่ของประสิทธิผลซึ่งประเมินจากระดับอาการถอนนิโคติน ระดับอาการอยากสูบบุหรี่ หรืออัตราการเลิกสูบบุหรี่ ณ สัปดาห์ที่ 12 ของการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาแต่ละชนิด อย่างไรก็ตามในการประเมินการใช้ยาตามสั่งและการยอมรับของผู้ใช้ พบว่า การใช้ยาตามสั่งในกลุ่มที่ได้รับแผ่นปิดผิวหนังนิโคตินค่อนข้างสูงเนื่องจากใช้ง่ายและใช้เพียงวันละ 1 ครั้ง สำหรับการใช้ยาตามสั่งในกลุ่มที่ได้รับหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินนั้นค่อนข้างต่ำ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับนิโคตินรูปแบบสเปรย์และนิโคตินรูปแบบยาสูดพบว่าการใช้ยาตามสั่งต่ำมาก เนื่องจากนิโคตินทดแทนทั้งสองรูปแบบทำให้ผู้ใช้เกิดความเขินอายที่ต้องใช้ยาเมื่ออยู่ในสังคม นอกจากนี้นิโคตินรูปแบบ

สเปรย์ยังพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ค่อนข้างสูงกว่านิโคตินทดแทนรูปแบบอื่นๆและที่รองลงมาคือนิโคตินรูปแบบยาสูด สำหรับการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินมีผู้ใช้ส่วนหนึ่งที่เกรงว่าจะขาดการยอมรับจากสังคมเนื่องจากทำให้เสียบุคลิกภาพ ส่วนการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินเกือบจะไม่พบปัญหาดังกล่าวเลย

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยของ Fortner และคณะ (1999) ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา bupropion SR ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าและมีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วยเช่น ภาวะหัวใจวายและเบาหวาน (การวิจัยนี้ไม่ได้ใช้ยา bupropion SR เพื่อเลิกบุหรี่แต่ขนาดยาที่ใช้ใกล้เคียงกับการใช้เพื่อเลิกบุหรี่) การศึกษาพบว่ายา bupropion SR ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง และจากการวัดผลคุณภาพชีวิตโดยใช้ SF-36 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากใช้ยาไปประมาณ 1 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่าเดือนที่ 3 ของการรักษาคุณภาพชีวิตด้านความมีชีวิตชีวาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้ยา bupropion SR น่าจะมีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่เช่นกันเนื่องจากโดยทั่วไปอาการซึมเศร้าเป็นอาการแสดงที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

4. หลักในการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในการเก็บข้อมูลหรือทำวิจัยนั้นจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการวัดหรือประเมินหรือรวบรวมข้อมูลที่ดีซึ่งได้ผ่านกระบวนการสร้างและทดสอบคุณสมบัติของการวัดเพื่อให้ข้อมูลที่วัดได้จากเครื่องมือเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง สำหรับการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวัดผลการรักษาทางการแพทย์ควรผ่านขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณสมบัติของการวัดเช่นกัน เพื่อให้สามารถนำมาวัดผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง การสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆหลายขั้นตอนซึ่งสามารถประยุกต์จากแนวทางของ Juniper, Guyatt และ Jaeschke (1996) และ Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich (2002) ได้ดังนี้

การสร้างเครื่องมือ (instrument development)

4.1 การกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (definition of Health-Related Quality of Life)

4.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวัด (specifying measurement goal)

4.3 การกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น (identification of subscales)

4.4 การรวบรวมข้อคำถาม (generation of items)

4.5 การกำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือก (instrument format and response choices)

การทดสอบเครื่องมือ (instrument testing)

4.6 การทบทวนข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ (expert review of the instrument)

4.7 การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น (pre-testing of the instrument)

4.8 การทดสอบคุณสมบัติความเที่ยง (reliability)

4.9 การทดสอบคุณสมบัติความตรง (validity)

4.10 การทดสอบคุณสมบัติความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness)

4.1 การกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ก่อนที่จะเริ่มการสร้างเครื่องมือต้องมีการให้ความหมายหรือกำหนดคำนิยามของ คำว่า "คุณภาพชีวิต" ของกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ซึ่งคำนิยามเบื้องต้นนี้จะช่วยกำหนดด้าน (มิติ) ต่างๆของคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายทำให้การสร้างและทดสอบเครื่องมือเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด (Fayers และ Machin, 2000)

4.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวัด

การกำหนดจุดประสงค์ของการวัดที่ชัดเจนจะครอบคลุมถึง

1) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้เครื่องมือเช่น อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา โรคที่เป็นหรือภาวะที่สนใจศึกษา ระดับความรุนแรง โรคหรือภาวะอื่นๆที่อาจมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามการสร้างเครื่องมือที่มีข้อกำหนดมากเกินไปอาจเป็นข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือได้ในภายหลัง นอกจากนี้เครื่องมือยังควรสามารถปรับใช้ได้กับวิธีการรักษาแบบต่างๆ สำหรับโรคหรือภาวะนั้นๆ (Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000)

2) การกำหนดวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการใช้เครื่องมือ โดยทั่วไปแบ่งได้ 3 ลักษณะคือ

ก) เครื่องมือสำหรับการประเมิน (evaluative instrument) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงของบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาหนึ่ง (within subjects over time) เช่น ประเมินระดับคุณภาพชีวิตเมื่อก่อนเริ่มรักษา ระหว่างทำการรักษา และสิ้นสุดการรักษา เป็นต้น หรืออาจใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการโรค เครื่องมือสำหรับการประเมินที่ดีต้องสามารถบอกการเปลี่ยนแปลงแม้เพียงเล็กน้อยได้ ((Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000; Cramer และ Spilker, 1998)

ข) เครื่องมือสำหรับการแยกแยะ (discriminative instrument) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความแตกต่างของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่าง ณ.จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (between subjects at a point in time) เครื่องมือชนิดนี้ใช้ในการแยกกลุ่มต่างๆ ออกจากกันเช่น แยกผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดออกเป็นกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตสูง กับ กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป (Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000; Cramer และ Spilker, 1998)

ค) เครื่องมือสำหรับการทำนาย (predictive instrument) เป็นเครื่องมือวัดที่ใช้สำหรับการทำนายผลการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (predict future outcome) ใช้ในการคัดกรองหรือการวินิจฉัยเพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่าง (วัชรี เลอมานกุล, 2543; Fayers และ Machin, 2000)

เครื่องมือบางฉบับอาจสามารถวัดได้มากกว่าหนึ่งวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตามการที่จะสร้างเครื่องมือให้สามารถวัดทั้งสามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพนั้นทำได้ยาก (Juniper และคณะ, 1996)

3) การกำหนดอื่นๆ เช่น รูปแบบของเครื่องมือ จำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านและจำนวนข้อคำถามทั้งหมดในเครื่องมือ การคิดคะแนนเป็นคะแนนรวมหรือคะแนนแต่ละด้านแยกกัน รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูลเช่น การตอบด้วยตนเอง (self-report) การสัมภาษณ์โดยตรง (personal interview) หรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (telephone interview) (วัชรี เลอมานกุล, 2543; Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996)

4.3 การกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น

การกำหนดและการจำแนกแต่ละด้านของคำถามเป็นการแบ่งมิติหรือองค์ประกอบ (domain/dimension/subscale/factor) ของเครื่องมือโดยยึดตามแนวความคิดหรือทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งโดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 4 ด้านหลักคือ ด้านสภาวะของร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม (physical health and functioning) ด้านจิตใจและความปกติสุขทางใจ (psychological health and functioning) ด้านภาวะทางสังคมและการดำเนินกิจกรรมทางสังคม (social and role functioning) และด้านการยอมรับความเป็นอยู่โดยทั่วไปของตนเอง (perception of general well-being) (Coons, 2002) สำหรับเครื่องมือที่เฉพาะต่อโรค (disease-specific instrument) ควรประกอบด้วยด้านหลักอย่างน้อย 3 อย่างคือ โรค (disease) หรืออาการโรค (symptoms) ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (functional capacity) และการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (general health perception) (วัชรี เลอมานกุล, 2543;

Wenger และคณะ, 1984) สำหรับด้านของคุณภาพชีวิตอาจแบ่งได้นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ขึ้นกับผู้สร้างและการให้คำนิยามคุณภาพชีวิตของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน

4.4 การรวบรวมข้อคำถาม

ในการสร้างเครื่องมือแต่ละฉบับขั้นตอนแรกคือ การสร้างข้อคำถาม โดยหลักการสร้างเครื่องมือวัดที่ดีคือ ควรสร้างให้มีปริมาณข้อคำถามให้มากที่สุด (item pool) เพราะความเที่ยงของมาตรวัดรวมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนข้อคำถาม และเพื่อให้สามารถคัดเลือกข้อถามที่มีความเหมาะสมไว้ในเครื่องมือโดยใช้วิธีการทางสถิติซึ่งจะกล่าวถึงในขั้นตอนต่อไป (Nunnally, 1978; Devellis, 1991; Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000) โดยในการสร้างข้อคำถามนั้นข้อคำถามแต่ละข้อมาจากตัวชี้วัดแต่ละตัวหรือตัวชี้วัดตัวหนึ่งๆอาจมีหลายข้อคำถามได้ ดังนั้นหลังจากกำหนดด้านหรือประเด็นหลักของเนื้อหาแล้วต้องแจกแจงออกมาเป็นประเด็นย่อยและตัวชี้วัดให้ครบถ้วน เพื่อให้สามารถเขียนข้อคำถามได้ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด (อุทุมพร จามรมาน, 2530; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542)

สำหรับการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นข้อคำถามสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่มีอยู่แล้วและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิธีการนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดด้านและแนวทางในการสร้างข้อคำถาม โดยอาจศึกษาจากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีอยู่ และคัดเลือกเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษา จากนั้นสร้างด้านที่เฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมทำให้ได้เครื่องมือฉบับใหม่ที่จำเพาะกลุ่มที่ต้องศึกษา สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่นิยมนำมาเป็นต้นแบบ ได้แก่ Short-Form Health Survey 36 (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP) และ Nottingham Health Profile (NHP) เป็นต้น (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

2) การรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างควรเป็นตัวแทนที่ดี (representative) ของกลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษา ดังนั้นจึงควรประกอบด้วยบุคคลหลายหลากคุณลักษณะโดยอาจแตกต่างกันไปตามสถานภาพ ประสบการณ์ (บุคลากรทางการแพทย์) เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมประชากรในกลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษามากที่สุด เนื่องจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ (Fayers และ Machin, 2000) สำหรับวิธีการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

ก) การสัมภาษณ์ แบ่งได้หลายแบบเช่น หากแบ่งตามลักษณะของการสัมภาษณ์มี 3 แบบคือ (1) การสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน (structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการ

กำหนดคำถามไว้อย่างแน่นอนและต้องสัมภาษณ์ไปตามลำดับคำถามตั้งแต่ต้นจนจบ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ถูกถามแบบเดียวกันหมด (2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นมาตรฐาน (unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีลำดับคำถามชัดเจนและไม่จำเป็นต้องถามเหมือนกันหมดทุกคน ผู้สัมภาษณ์มีอิสระในการถามอย่างเต็มที่แต่ต้องจับประเด็นคำตอบที่ต้องการให้ได้ (3) การสัมภาษณ์แบบกึ่งมาตรฐาน (semi-structured interview, focused interview) การสัมภาษณ์แบบนี้ต้องมีหัวข้อหลัก (topic guide) ในการสนทนาที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด ผู้สัมภาษณ์มีหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อต่างๆจนครบ และจดบันทึกข้อมูลหรือใช้เทปบันทึกเสียง การสัมภาษณ์แบบนี้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางในการเก็บรวบรวมข้อมูล (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542; Polit และ Hungler, 1999) การสัมภาษณ์ยังอาจแบ่งตามบทบาทของผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์ได้เป็น 3 แบบคือ (1) การสัมภาษณ์แบบไม่จำกัดคำตอบ โดยผู้สัมภาษณ์จะถามนำเพียงไม่กี่ประโยคเท่านั้น จากนั้นปล่อยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดตามความพอใจจนกว่าจะครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ โดยผู้สัมภาษณ์จะบันทึกข้อมูลต่างๆไว้ (2) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (indepth interview) เป็นการถามแบบเจาะลึกเพื่อให้ได้คำตอบอย่างละเอียดและครบถ้วน โดยนอกจากถามให้อธิบายแล้วจะต้องถามถึงเหตุผลด้วย เพื่อตัดสินว่าคำตอบนั้นถูกต้องชัดเจนและเชื่อถือได้เพียงใด (3) การสัมภาษณ์แบบปฏิบัติการซ้ำ แบ่งได้ 2 แบบคือ สัมภาษณ์ซ้ำในขณะเดียวกัน โดยสัมภาษณ์เรื่องอื่นไปสักพักแล้วกลับมาถามเรื่องเดิม และแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้วกลับมาสัมภาษณ์ใหม่ภายหลัง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ให้สัมภาษณ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542)

ข) การอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) พัฒนามาจากการเก็บข้อมูลแบบ focused interview วิธีการนี้ผู้ให้สัมภาษณ์จะมารวมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5-15 คน ควรเลือกผู้ที่มีสถานภาพใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกันเพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น การสัมภาษณ์แบบนี้ผู้ให้สัมภาษณ์จะพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความคิดเห็นร่วมกัน ผู้สัมภาษณ์จะทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย (modulator) มีหน้าที่ในการเสนอประเด็นปัญหาและหาข้อสรุปของแต่ละกลุ่มเท่านั้น วิธีนี้ใช้กันมากในการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่ดีในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตามหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อหน้าคนจำนวนมากข้อมูลที่ได้อาจไม่มีคุณภาพ (Polit และ Hungler, 1999)

อย่างไรก็ตาม การสร้างข้อคำถามในเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากทั้งกลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด หลังจากได้ข้อมูลที่ดีมาแล้วนำข้อมูลเขียนเป็นข้อคำถามตามตัวชี้วัดที่ได้วางไว้โดย Spector (1992) ได้เสนอหลักการในการเขียนข้อคำถามที่ดีไว้ดังนี้

1. หนึ่งข้อคำถามต้องมีใจความเดียว (one idea) เนื่องจากหากมีใจความมากกว่า 1 อย่างทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสน
2. ข้อคำถามในเครื่องมือทั้งฉบับควรประกอบด้วยข้อคำถามทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งจะช่วยลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ตอบได้ส่วนหนึ่ง
3. ในข้อคำถามพยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำนามธรรมหรือศัพท์แสลงหรือคำศัพท์เทคนิคที่รู้จักกันเฉพาะกลุ่มรวมทั้งไม่ควรใช้อักษรย่อเว้นแต่จะเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย
4. การใช้ภาษาในข้อคำถามต้องพยายามคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ตอบโดยพยายามเขียนให้คนทั่วไปอ่านแล้วสามารถเข้าใจได้โดยง่ายเพื่อช่วยลดอคติและความคลาดเคลื่อนในการตอบที่เกิดจากการเข้าใจความหมายผิดพลาด
5. หลีกเลี่ยงการใช้คำปฏิเสธรวมทั้งคำปฏิเสธซ้อนปฏิเสธเนื่องจากทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้

4.5 การกำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือก

1) การกำหนดรูปแบบของตัวเลือก (response choices)

สำหรับตัวเลือกของข้อคำถามที่มีใช้ในแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายรูปแบบที่พบบ่อยได้แก่ ตัวเลือกแบบสองขั้ว (binary format) คือ ให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่, มี หรือ ไม่มี เช่น Sickness Impact Profile (SIP) และ Nottingham Health Profile (NHP) และตัวเลือกแบบมีอันดับ (ordinal) ได้แก่ ตัวเลือกแบบ Likert scale เป็นตัวเลือกที่พบได้บ่อยในเครื่องมือสำหรับการประเมิน (evaluative instrument) เช่น Short-Form Health Survey 36 (SF-36), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีตัวเลือกแบบอื่นเช่น แบบ Visual analogue scale (VAS) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงโดยทั่วไปพบตามแนวนอน โดยมีขีดจำกัดที่หัวและท้ายและมีความยาวประมาณ 10 เซนติเมตร โดยปลายข้างหนึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดและปลายอีกข้างแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดแล้วให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ใกล้เคียงกับสภาวะของตนเอง อย่างไรก็ตามตัวเลือกแบบนี้คนไทยอาจไม่คุ้นเคยและอาจมีปัญหาในการตอบ นอกจากนี้การใช้ตัวเลือกแบบนี้ต้องมีเนื้อที่พอสมควรในการสร้างสเกล ดังนั้นไม่เหมาะสมในกรณีมีข้อคำถามหลายข้อ ตัวอย่างเครื่องมือวัดที่ใช้ VAS เช่น EuroQoL เป็นต้น (Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000)

สำหรับตัวเลือกแบบ Likert scale อาจเรียกว่า มาตรวัดรวมประมาณค่า (summated rating scale) เนื่องจากมีลักษณะเฉพาะคือ (1) เป็นมาตรวัดรวมประกอบด้วยหลายข้อคำถามซึ่งคิดเป็นคะแนนรวมกัน (2) ข้อคำถามแต่ละข้อต้องระบุถึงสิ่งที่ต้องการวัดออกมาเป็นคะแนนหรือวัดออกมาเป็นเชิงปริมาณได้ (3) ข้อคำถามแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด 4) ข้อความ

ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะระบุให้ผู้ตอบประเมินค่าได้ สำหรับข้อดีของมาตรวัดรวมประมาณค่าที่ทำให้ได้รับความนิยมและใช้กันอย่างกว้างขวางคือ (1) มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) ที่ดี คือ มีความเที่ยงและความตรงสูง โดยแต่ละข้อคำถามจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเนื่องจากทุกข้อคำถามมุ่งวัดสิ่งเดียวกัน (2) การสร้างเครื่องมือทำได้ง่ายและการพัฒนาเครื่องมือเริ่มต้นอาจใช้กลุ่มตัวอย่างเพียง 100-200 คน (3) มีความสะดวกในการตอบข้อคำถามเนื่องจากลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเดียวกันทำให้เข้าใจง่าย อย่างไรก็ตามมีข้อเสียคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ดีพอสมควร นอกจากนี้การพัฒนาเครื่องมือจำเป็นต้องใช้สถิติที่มีความซับซ้อนเนื่องจากในการวิเคราะห์ผลตัวเลือกที่เป็นข้อความจะถูกแทนที่ด้วยตัวเลขทำให้เป็นข้อมูลชนิดสเกล สามารถนำมาคำนวณโดยใช้สถิติขั้นสูงที่ต้องการตัวแปรในระดับ interval หรือ ratio ได้ (Spector, 1992)

การกำหนดระดับของตัวเลือกแบบ Likert scale ที่พบมีตั้งแต่ 3-7 ระดับแล้วแต่ผู้สร้างเครื่องมือว่าต้องการความละเอียดมากน้อยเพียงใด แต่ที่พบได้บ่อยคือประมาณ 4-5 ระดับ (Fayers และ Machin, 2000) การใช้ตัวเลือกน้อยเกินไปจะทำให้ความแม่นยำ (precision) และความเที่ยง (reliability) ต่ำ ดังนั้นควรใช้ประมาณ 5-9 ระดับ (Spector, 1992) ซึ่งโดยทั่วไปพบว่าใช้เพียง 5 ระดับก็เพียงพอ เนื่องจากถ้ามากกว่า 5 ระดับผู้ตอบอาจแบ่งแยกคำตอบออกจากกันไม่ได้ และถ้าน้อยกว่า 5 คำตอบอาจหยาบเกินไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) สำหรับตัวเลือกแบบ Likert scale และ VAS ใช้ได้กับทั้งเครื่องมือสำหรับการแยกแยะและการทำนาย แต่หากต้องเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ควรใช้ตัวเลือกแบบสองขั้ว (Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996)

สำหรับ Likert scale ตัวเลือกที่ใช้บ่อยมี 3 แบบคือ (1) ประเมินความบ่อย (frequency) เช่น ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา (สำหรับตัวเลือก 5 ระดับ) (2) ประเมินความมากน้อย (evaluation) เช่น ไม่เลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก (สำหรับตัวเลือก 5 ระดับ) (3) ประเมินความคิดเห็น (agreement) เช่น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย (สำหรับตัวเลือก 5 ระดับ) ทั้งนี้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของข้อคำถามว่าตัวเลือกใดสามารถสะท้อนถึงระดับคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด (Spector, 1992) สำหรับการให้คะแนนใช้ตามหลักการของมาตรวัดรวมประมาณค่าคือ การรวมคะแนนจากข้อคำถามหลายข้อในด้านเดียวกันแล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้หารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้นได้เป็นคะแนนในแต่ละด้าน สำหรับข้อคำถามที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตในทางลบต้องมีการปรับคะแนนในทางตรงข้ามก่อนทำการรวมคะแนน (Spector, 1992; Fayers และ Machin, 2000) ซึ่งตามทฤษฎีของมาตรวัดรวมประมาณค่ากล่าวไว้ดังนี้

$$O = T + E$$

โดย O = Observed score คือ ค่าคะแนนที่เราวัดได้

T = True score คือ ค่าคะแนนที่แท้จริง

E = Random error คือ ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม

Spector (1992) กล่าวว่า ในทางปฏิบัติค่าคะแนนที่เราวัดได้จะเป็นส่วนประกอบของค่าคะแนนที่แท้จริงและค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม หากข้อคำถามในด้านที่วัดนั้นมีเพียงข้อเดียว (single item) ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มจะมีมากจนทำให้ค่าคะแนนที่วัดได้ไม่ใช่ค่าคะแนนที่แท้จริง แต่ถ้าในด้านนั้นประกอบด้วยข้อคำถามหลายข้อ (multiple items) เมื่อรวมคะแนนจากข้อคำถามหลายข้อจะทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มเข้าสู่ศูนย์ ค่าคะแนนที่วัดได้จะใกล้เคียงกับค่าคะแนนที่แท้จริงมากที่สุด นอกจากนี้ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มยังมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นั่นคือ หากค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มมีค่ามากจะทำให้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือลดลง (รวมทั้งค่าความตรงของเครื่องมือด้วย เนื่องจากหากเครื่องมือใดไม่มีความเที่ยงจะไม่มีความตรงด้วย) ดังนั้นการเพิ่มความเที่ยงของเครื่องมือทางหนึ่งก็คือ การเพิ่มจำนวนข้อคำถาม อย่างไรก็ตามการที่มีข้อคำถามจำนวนมากเกินไปอาจเป็นข้อด้อยในแง่ของความร่วมมือจากผู้ตอบ ดังนั้นวิธีการทางสถิติจึงมีบทบาทในการคัดเลือกข้อคำถามที่ควรคงไว้ในเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความยาวเหมาะสมรวมทั้งมีค่าความเที่ยงและความตรงที่ดีซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเครื่องมือวัด

2) การกำหนดช่วงเวลาที่ถาม (time specification)

การประเมินคุณภาพชีวิตมักจะวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น SF-36 ถามข้อจำกัดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือ Sickness Impact Profile ให้ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นในวันที่ตอบคำถาม สำหรับหลักการในการกำหนดช่วงเวลาคือ หากกำหนดช่วงเวลาที่นานเกินไปผู้ตอบจะจำสิ่งที่ผ่านมาไม่ได้ ดังนั้นโดยทั่วไปไม่ควรเกินสองอาทิตย์ อย่างไรก็ตามขึ้นกับดุลยพินิจของผู้สร้างและลักษณะของงานวิจัยเป็นหลัก (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

3) การกำหนดรูปแบบของเครื่องมือ (instrument format)

หลังจากที่ได้ข้อคำถามและกำหนดตัวเลือกที่เหมาะสมแล้วก็นำข้อคำถามมาจัดเรียงตามความเหมาะสมและสร้างประโยคคำถามนำที่สั้นกะทัดรัด อ่านแล้วเข้าใจง่ายและสะดวกในการตอบคำถาม โดยอาจยึดหลักคร่าวๆในการจัดทำรูปแบบเครื่องมือดังนี้ (อุทุมพร จามรมาน, 2530; Fayers และ Machin, 2000)

- รูปร่าง ขนาดของแบบฟอร์มและขนาดตัวอักษรเหมาะสม ดูน่าอ่านและอ่านง่ายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่สายตาไม่ดี
- เรียงเลขข้อและหน้าอย่างมีระเบียบ เว้นระยะให้สะดวกแก่การอ่านและอาจมีคำแนะนำในการตอบอย่างชัดเจน พร้อมตัวอย่าง (ถ้ามี)
- ควรขีดเส้นใต้หรือเน้นข้อความที่สำคัญเช่น ช่วงเวลาที่ถาม หรือหากมีข้อคำถามใดที่ดูคล้ายกันต้องเน้นให้เห็นข้อความสำคัญที่แสดงความแตกต่าง

4.6 การทบทวนข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากที่สร้างเครื่องมือเรียบร้อยแล้วขั้นตอนต่อไปคือ การทบทวนข้อคำถามโดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่ทำหน้าที่ในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มที่สนใจศึกษา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญด้านคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบว่าข้อคำถามในเครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ตรงประเด็น (relevant) และครอบคลุม (representative) เนื้อหาทั้งหมดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มที่สนใจศึกษาหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity) (Fayers และ Machin, 2000; Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich, 2002)

ในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหานั้นผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อตรงกับประเด็นที่ต้องการประเมินรวมทั้งครอบคลุมทุกด้านของคุณภาพชีวิตหรือไม่ โดยกำหนดผลการพิจารณาเป็นดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งประกอบด้วยมาตรอันดับ (ordinal scale) 4 ระดับคือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกันเลยระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้ ระดับ 2 หมายถึง ไม่สามารถประเมินความสอดคล้องได้ควรต้องมีการแก้ไขข้อคำถามใหม่ ระดับ 3 หมายถึง มีความสอดคล้องกัน แต่ควรมีการแก้ไขเล็กน้อย เช่น แก้ภาษาที่ใช้ ระดับ 4 หมายถึง มีความสอดคล้องกันดีมากระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้ สำหรับการพิจารณาว่าข้อคำถามใดที่มีความตรงทางเนื้อหายึดตามหลักของ Lynn (1986) ที่เสนอว่าในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาควรมีสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยกับข้อคำถามคือ ระบุคะแนนดัชนีความตรงทางเนื้อหาของข้อคำถามเป็นอันดับ 3 หรือ 4 อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จึงจะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ (Lynn, 1986)

จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยกับข้อคำถาม								
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1.00								
3	0.67	1.00							
4	0.50	0.75	1.00						
5	0.40	0.60	0.80	1.00					
6	0.33	0.50	0.67	0.83	1.00				
7	0.29	0.43	0.57	0.71	0.86	1.00			
8	0.25	0.38	0.50	0.63	0.75	0.88	1.00		
9	0.22	0.33	0.44	0.56	0.67	0.78	0.89	1.00	
10	0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.60	0.80	0.90	1.00

* ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยมที่แรเงา แสดงว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

4.7 การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น

ขั้นตอนสำคัญอย่างหนึ่งในการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับใหม่ขึ้นมาคือ การทดสอบการใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างก่อนการนำไปใช้จริง การทดสอบแบ่งได้ 2 ส่วนหลักคือ การทดสอบขั้นต้น (pre-testing) และการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (large scale testing) สำหรับการทดสอบขั้นต้นนั้นเป็นการทดสอบการใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กประมาณ 10-30 คน มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตอบคำถาม ความหมายของแต่ละข้อคำถาม และการเรียงลำดับของข้อคำถามในเครื่องมือรวมทั้งจับเวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม โดยกลุ่มตัวอย่างนี้ควรคัดเลือกตัวอย่างที่มีลักษณะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้คือ ควรแตกต่างกันทางด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษา เป็นต้น ในการทดสอบขั้นต้นนี้จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในเครื่องมือ จากนั้นทำการซักถามกลุ่มตัวอย่างทีละข้อคำถามว่า คำถามข้อนี้ไม่ชัดเจนหรือตอบยากหรือไม่ คำถามข้อนี้ทำให้เกิดความลำบากใจในการตอบหรือไม่ คำถามข้อนี้เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่หรือไม่ และให้อธิบายความหมายของข้อคำถามด้วยคำพูดของตนเอง อย่างไรก็ตามในกรณีที่ไม่มีเวลามากพอในการซักทุกข้อคำถามอาจถามรวมเป็นประเด็นว่า มีข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนหรือตอบยากหรือไม่ มีข้อคำถามใดทำให้เกิดความลำบากใจในการตอบหรือไม่ มีข้อคำถามใดไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่หรือไม่ นอกจากนี้ควรให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำว่าควรเพิ่มข้อ

คำถามใดอีกบ้าง รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆเกี่ยวกับเครื่องมือ การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นนี้จะทำให้ทราบปัญหาที่สำคัญของการใช้เครื่องมือเพื่อจะได้แก้ไขก่อนการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ต่อไปเช่น การปรับปรุงภาษาที่ใช้ การเพิ่มเติมข้อคำถามที่ยังขาดไป สำหรับข้อคำถามใดที่ไม่ตรงกับโรคหรือภาวะของผู้ป่วยรวมทั้งทำให้เกิดความลำบากใจหรือทำให้เขินอายในการตอบควรพิจารณาตัดออกไปเพื่อลดปัญหาของการไม่ตอบข้อคำถาม (missing data) ซึ่งอาจมีผลรบกวนการวิเคราะห์ได้ในภายหลัง (Fayers และ Machin, 2000; Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996)

การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (large scale testing) เป็นการทดสอบคุณสมบัติต่างๆที่ควรมีในเครื่องมือวัดที่สำคัญได้แก่ ความเที่ยง และความตรง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ต้องเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดและจำนวนขนาดตัวอย่างต้องเพียงพอต่อการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างควรครอบคลุมทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา คนที่สุขภาพดีและคนที่มีโรคประจำตัว เป็นต้น (Fayers และ Machin, 2000)

4.8 การทดสอบคุณสมบัติความเที่ยง

เครื่องมือที่มีความเที่ยง (reliability) ในการวัดสูง หมายถึง เครื่องมือนั้นให้ผลเหมือนเดิมในการวัดซ้ำๆกัน ผลที่ได้มีความคงที่ (stability) ไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) มีความถูกต้อง (accuracy) เชื่อถือได้ (dependability) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยทั่วไปแบ่งได้ 3 วิธี (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2538; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) คือ

1) การหาความเที่ยงเชิงคงที่หรือการสอบซ้ำ (test-retest method) เป็นการนำเครื่องมือที่ต้องการวัดความเที่ยงไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันโดยทำการทดสอบ 2 ครั้งในระยะเวลาห่างกันไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ จากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยสูตร Pearson Product Moment ค่าที่ได้เป็นค่าความเที่ยงเชิงคงที่ของเครื่องมือชุดนั้น ข้อจำกัดคือ คุณลักษณะนั้นต้องมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาซึ่งในความเป็นจริงทำได้ยาก

2) การหาความเที่ยงเชิงคล้ายกัน (equivalent form หรือ parallel method) เป็นการนำเครื่องมือ 2 ชุดที่วัดเนื้อหาอย่างเดียวกัน ลักษณะหรือรูปแบบการตอบของข้อคำถามอย่างเดียวกันหรือเป็นชุดคู่ขนานกัน นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งเดียวพร้อมกันทั้ง 2 ชุด หลังจากนั้นนำคะแนนทั้งสองชุดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยสูตร Pearson Product Moment เรียกว่าการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคล้ายกัน (coefficient of equivalence) ค่าที่ได้เป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดนั้น ข้อจำกัดคือ ต้องสร้างข้อคำถามเป็นจำนวนมากและต้องทำให้เครื่องมือ 2 ชุดมีคุณสมบัติเหมือนกันเพื่อทำการวัดในสิ่งเดียวกัน

3) การหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เป็นค่าความเที่ยงที่แสดงถึงความสม่ำเสมอของข้อคำถามทั้งหมดว่า สามารถวัดในเรื่องเดียวกันได้มากน้อยเพียงใด โดยการนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง สำหรับความเที่ยงแบบนี้หาได้หลายแบบ คือ

ก) วิธีแบ่งครึ่ง (split-half method) วิธีนี้เป็นการหาความเที่ยงเชิงคงที่และความเที่ยงเชิงคล้ายกันเข้าด้วยกัน โดยเริ่มจากการนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียวแล้วนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยแบ่งข้อคำถามในเครื่องมือเป็น 2 ส่วน นิยมแบ่งเป็นข้อคู่กับข้อคี่จากนั้นนำคะแนนจากข้อคู่และข้อคี่ของแต่ละคนมาทำการวิเคราะห์เหมือนการสอบซ้ำ

ข) วิธีการใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formula) เป็นการหาค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในโดยเฉพาะแสดงถึงความเสมอเหมือนกันของเครื่องมือ สูตรที่ใช้คือ KR-20 และ KR-21 โดยการหาความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์และริชาร์ดสันนี้ใช้เฉพาะในกรณีที่มีการให้คะแนนข้อคำถามเป็นแบบ 1 กับ 0 หรือ ถูก กับ ผิด หรือ binary scoring เท่านั้น

ค) วิธีการหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Cronbach's coefficient alpha) วิธีการนี้จะได้ค่าความเที่ยงเท่ากับการใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR-20) ต่างกันเพียงว่าการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าสามารถหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ให้คะแนนต่างจาก 1 กับ 0 ได้ด้วย ดังนั้นจึงเหมาะที่จะใช้หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือที่มีลักษณะตัวเลือกเป็น Likert scale หรือแบบที่แต่ละข้อให้คะแนนมากกว่า 1

ง) วิธีการหาความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน เป็นการหาความสอดคล้องกันของเครื่องมือเช่นเดียวกับการใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสันกับสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า โดยหลักการคือ ความแปรปรวนมีแหล่งที่มา 3 ประการ คือ (1) ความแปรปรวนที่เป็นผลต่างระหว่างผู้ตอบ (2) ความแปรปรวนที่เป็นผลต่างระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ (3) ความแปรปรวนที่เป็นผลร่วมระหว่างผู้ตอบกับข้อคำถามแต่ละข้อ โดยวิธีการนี้จะนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียวแล้วนำมาตรวจให้คะแนนแต่ละข้อแล้วนำมาหาค่าความแปรปรวนและค่าความเที่ยงต่อไป

สำหรับการหาความเที่ยงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตนั้นนิยมใช้ 2 วิธีคือ การหาความเที่ยงเชิงคงที่หรือการสอบซ้ำ (test-retest method) และ การหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อย่างไรก็ตามการความเที่ยงเชิงคงที่หรือการสอบซ้ำต้องใช้คุณลักษณะที่มีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา แต่โดยทั่วไปคุณภาพชีวิตมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสร้างขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดของการทดสอบความเที่ยงแบบการสอบซ้ำ การหา

ความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จึงเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด โดยเฉพาะการหาค่า Cronbach's coefficient alpha ส่วนการหาความเที่ยงเชิงคล้ายกัน (equivalent form) และการหาค่าความเที่ยงโดยอาศัยผู้สังเกตการณ์ (inter-rater reliability) นั้น โดยทั่วไปไม่ใช้สำหรับการทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต (Coon, 2002; Fayers และ Machin, 2000)

4.9 การทดสอบคุณสมบัติความตรง

เครื่องมือที่มีความตรง (validity) ในการวัดสูง หมายถึง เครื่องมือสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วนและวัดได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง โดยทั่วไปความตรงของเครื่องมือแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) ความตรงทางเนื้อหา (content validity) หมายถึง การที่เครื่องมือสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน การตรวจสอบชนิดนี้จะอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบว่า ข้อคำถามในเครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ตรงประเด็น (relevant) และเป็นตัวแทน (representative) ตามทฤษฎีหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ถ้าเครื่องมือใดสามารถวัดได้แสดงว่ามีความตรงทางเนื้อหา (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542)

2) ความตรงทางเกณฑ์ (criterion-related validity) หมายถึง การที่เครื่องมือสามารถวัดได้ตรงหรือเหมือนกับเกณฑ์ที่ต้องการให้วัดหรือเครื่องมือวัดชนิดมาตรฐาน (gold standard) แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อยคือ

ก) ความตรงทางสภาพการณ์ (concurrent validity) หมายถึง การที่เครื่องมือสามารถวัดผลได้ตรงหรือเหมือนกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน

ข) ความตรงทางพยากรณ์ (predictive validity) หมายถึง การที่เครื่องมือสามารถวัดผลได้ตรงหรือเหมือนกับสภาพความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ความตรงทางสภาพการณ์และความตรงทางพยากรณ์แตกต่างกันตรงที่ระยะเวลาในการวัดเกณฑ์เป็นสำคัญ หลักการคือ นำเครื่องมือที่ต้องการหาความตรงไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างและทำการวัดเกณฑ์ภายนอกที่ต้องการเปรียบเทียบในเวลาเดียวกัน จึงเรียกความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์นี้ว่า ความตรงทางสภาพการณ์ แต่ถ้านำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลก่อนแล้วจึงไปวัดเกณฑ์ภายนอกในภายหลังเรียกว่า ความตรงทางพยากรณ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) อย่างไรก็ตามในการประเมินคุณภาพชีวิตยังไม่มีเครื่องมือวัดชนิดมาตรฐาน ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดในการทดสอบความตรงทางเกณฑ์ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นใหม่ (Coons, 2002)

ดังนั้นอาจจะอนุโลมให้เปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่นที่ได้รับการทดสอบคุณสมบัติต่างๆ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายหรือทดสอบความตรงทางโครงสร้างแทน (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

3) ความตรงทางโครงสร้าง (construct validity) หมายถึง การที่เครื่องมือสามารถวัดได้ตรงตามทฤษฎี หรือแนวความคิดของเรื่องนั้นๆ คำว่า “โครงสร้าง” มีความหมายเชิงนามธรรม (abstract) ที่ใช้อธิบายถึงตัวแปรที่ศึกษาและเขียนไว้ในรูปของสมมติฐานที่สามารถอธิบายและหาข้อเท็จจริงมาสรุปได้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) ตัวอย่างเช่น การทดสอบความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือสำหรับการแยกแยะ (discriminative) พิจารณาจากความ สัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้กับผลตรวจทางคลินิกคือ ถ้าได้คะแนนสูงจะมีผลทางคลินิกที่ดีเช่นกัน เป็นต้น (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

สำหรับการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างสามารถทำได้ 4 วิธี ดังนี้

ก) การตรวจหาความสัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีโครงสร้างเหมือนกัน (convergent evidence) เป็นการทดสอบโดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่วัดด้วยทฤษฎีหรือโครงสร้างเดียวกันที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดเช่น มีการสร้างเครื่องมือใหม่ที่วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านจิตใจและอารมณ์ และนำคะแนนที่ได้จากทั้งสองชุดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าเครื่องมือที่สร้างใหม่นี้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับด้านจิตใจ (mental health) ของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 แสดงว่าเครื่องมือที่สร้างใหม่นี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Coons, 2002) วิธีนี้ใช้ทดสอบได้ทั้งเครื่องมือสำหรับการประเมินและการแยกแยะ (evaluative และ discriminative) (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

ข) การเทียบกับกลุ่มที่รู้ (known-group validity) เป็นการตรวจสอบความตรงโดยพิจารณาความสามารถของเครื่องมือในการแยกแยะคุณสมบัติต่างๆที่ต้องการวัดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะที่ทราบอยู่แล้ว (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542; Fayers และ Machin, 2000) เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมแตกต่างกันตามอายุ ดังนั้นในคนในวัยหนุ่มสาวจะมีคะแนนด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (physical functioning) ที่สูงกว่าผู้สูงอายุ เป็นต้น (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

ค) การใช้เมตริกลักษณะหลาก-วิธีหลาย (Multitrait Multimethod Matrix; MTMM) เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับด้าน โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เครื่องมือที่จะตรวจสอบโดยวิธีนี้จะต้องมีการวัดหลายวิธี การตรวจสอบโครงสร้างของเครื่องมือวัดมีหลักเกณฑ์ 2 ประการคือ การหาความตรงเชิงการจำแนก (discriminant validity) กับความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) การตรวจสอบ convergent validity เป็นการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดคุณลักษณะเดียวกันแต่วัดด้วยวิธีต่างกัน ส่วน discriminant validity เป็นการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดคุณลักษณะต่างกันแต่วัดด้วยวิธีเดียวกัน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542)

ง) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (exploratory factor analysis) เป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้หลักการของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation analysis) และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาองค์ประกอบที่ตัวแปรจำนวนมากมีร่วมกัน (latent factor, common factor) เพื่อให้องค์ประกอบใหม่นั้นเป็นตัวแปรใหม่แทนตัวแปรทั้งหมด โดยจำนวนองค์ประกอบจะมีน้อยกว่าจำนวนตัวแปรเดิมมากๆ จึงเป็นการลดจำนวนตัวแปร (data reduction) และทำให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยการจับกลุ่มหรือรวมข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มองค์ประกอบหรือด้าน (factor) เดียวกัน ข้อคำถามที่อยู่ในด้านเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์นั้นอาจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก) หรือตรงข้ามกัน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ) ส่วนข้อคำถามที่อยู่คนละด้านจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก (Norusis, 1993; Tabachnic และ Fidell, 1996; กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546ก)

4.10 การทดสอบคุณสมบัติความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

ความตรงและความเที่ยงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญเครื่องมือวัดทุกชนิดรวมถึงเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินนั้นต้องมีความสามารถในการวัดความเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล (within patient) ที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปได้ด้วยแม้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย คุณสมบัตินี้เรียกว่า ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness, sensitivity to change within patient) โดยเฉพาะเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะต่อโรคหรือภาวะต่างๆ ควรจะมีค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่สูงกว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป การที่เครื่องมือจะมีค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีนั้นจำเป็นที่ต้องใช้ตัวเลือกหลายระดับเพื่อให้สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงแม้เพียงเล็กน้อยได้ สำหรับการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือจะใช้การทดสอบแบบระยะยาว (longitudinal study) โดยติดตามผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มทำการรักษาและติดตามผู้ป่วยเป็นระยะทั้งนี้วิธีที่ใช้ในการรักษาควรเป็นวิธีที่คาดว่าน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จากนั้นนำคะแนนก่อนและหลังรักษามาหาค่า responsiveness ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี (วัชรี เลอมานกุล, 2543; Fayers และ Machin, 2000) คือ

- Effect size (ES) = $D/SD_{baseline}$
- Standardized response mean (SRM) = D/SD_{diff}
- Paired t-statistic = D/SE_{diff}
- Responsive statistic = D/SD_{stable}

โดยที่ D คือ ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังรักษา

$SD_{baseline}$ คือ ค่า standard deviation ของคะแนนที่ก่อนทำการรักษา

SD_{diff} คือ ค่า standard deviation ของความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังรักษา

SE_{diff} คือ ค่า standard error ของความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังรักษา

SD_{stable} คือ ค่า standard deviation ของความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังรักษาในกลุ่มที่มีสถานะทางสุขภาพคงที่

ค่าที่ได้จากการคำนวณหากมีค่าสูง แสดงว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ดี อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถระบุว่าการคำนวณด้วยวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงควรคำนวณจากหลายวิธีเพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน นอกจากการคำนวณแล้วยังอาจพิจารณาความสัมพันธ์ของคะแนนที่วัดได้กับมาตรฐานอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของค่าทางคลินิกในโรคนั้นๆ แล้วพิจารณาว่าเครื่องมือสามารถวัดความแตกต่างในกลุ่มที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ (วัชรี เลอมานกุล, 2543)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการและผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิธีการ หมายถึง การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเครื่องมือหรือเทคนิคที่ใช้ในงานวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นเนื้อหาของการวิจัยจะเกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือ การทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน (ongoing process) เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและเที่ยงตรง การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ประยุกต์จากแนวทางการวิจัยของ Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich (2002) การวิจัยของ Olufade และคณะ (1999) ประกอบกับแนวทางการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต โดย Juniper, Guyatte และ Jaeschke (1996) และวัชรี เลอมานกุล (2543) โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างเครื่องมือ 2) การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3) การทดสอบเครื่องมือ สำหรับการนำเสนอในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอน วิธีดำเนินการและผลการวิจัยในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1: การสร้างเครื่องมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ กำหนดวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ กำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น กำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือกและการสร้างข้อคำถามในเครื่องมือ

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

(1) การกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

คำนิยามคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ ได้ประยุกต์มาจากคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เสนอโดย Schron และ Shumaker (1992) และ Patrick และ Erickson (1993) ร่วมกับคำนิยามคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่เสนอโดย Murawski และ Bentley (2001) ดังนั้นคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ คือ ความปกติสุขของคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ซึ่งครอบคลุมถึง

สุขภาพกาย สุขภาพจิต การดำเนินกิจกรรมทางสังคม ความคิดเห็นต่อการดำรงชีวิตของตนเอง รวมทั้งการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบำบัดโดยการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

(2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ

เครื่องมือที่จะสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ใช้สำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายโดยให้กลุ่มเป้าหมายประเมินระดับคุณภาพชีวิตของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มเป้าหมายเป็นคนไทย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย กลุ่มเป้าหมายอาจเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีต่างๆเช่น การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ การใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดหรือวิธีอื่นๆ

(3) การกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น

การกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะครอบคลุม 6 ด้านหลักได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่ ด้านการรักษาโดยการใช้ยา ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยด้านย่อยดังนี้ 1) ด้านร่างกาย แบ่งเป็น 3 ด้านย่อยได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย การนอนหลับ และความอยากอาหาร 2) ด้านจิตใจ แบ่งเป็น 8 ด้านย่อยได้แก่ อารมณ์ ความวิตกกังวล สุขภาพจิต ความมีชีวิตชีวา ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน การเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ ความพอใจในตนเองและภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ 3) ด้านสังคม แบ่งเป็น 2 ด้านย่อยได้แก่ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม 4) ด้านอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 2 ด้านย่อยได้แก่ อาการอยากสูบบุหรี่และอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 5) ด้านการรักษาโดยการใช้ยา แบ่งเป็น 2 ด้านย่อยได้แก่ ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (แบ่งเป็นอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ) 6) ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้านย่อยได้แก่ การยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวมและความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม

(4) การกำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือก

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่มีรูปแบบให้กลุ่มเป้าหมายตอบด้วยตนเอง (self-report) หรือใช้ในการสัมภาษณ์โดยตรง (personal interview) แต่ละข้อคำถามในเครื่องมือใช้ตัวเลือกแบบมาตรวัดรวมประมาณค่า (summated rating scale) แบบ Likert scale 5

ระดับ ตัวเลือกที่ใช้มี 3 ชนิด คือ 1) ประเมินความบ่อย (frequency) 2) ประเมินความมากน้อย (evaluation) 3) ประเมินความคิดเห็น (agreement) ทั้งนี้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของข้อคำถาม (Spector, 1992) สำหรับการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามจะพิจารณาตามความหมายของข้อคำถามนั้นที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ตัวเลือก (ตัวเลขที่แสดง)	ข้อความที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตทางลบ (คะแนน)
ไม่เคยเลย (1)	0	100
นานๆครั้ง (2)	25	75
บางครั้ง (3)	50	50
บ่อยๆ (4)	75	25
ตลอดเวลา (5)	100	0

สำหรับตัวเลือกแบบอื่นๆ ใช้วิธีคิดคะแนนในแบบเดียวกัน การคิดคะแนนในแต่ละด้านเป็นไปตามหลักการของมาตรวัดรวมประมาณค่า (Spector, 1992) คือ การรวมคะแนนจากข้อคำถามหลายข้อในด้านเดียวกันแล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้หารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้นได้เป็นคะแนนในแต่ละด้าน โดยระดับคะแนนของแต่ละด้านต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 ส่วนคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ 100 คะแนน ความหมายของคะแนนสูงคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ส่วนคะแนนต่ำแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยหรือแย่กว่า สำหรับรายละเอียดความหมายของคะแนนในแต่ละด้านแสดงในตารางที่ 7

นอกจากนี้ได้จัดเตรียมเครื่องมือบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ (1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (demographic data) (2) ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ (smoking history and health profiles) (3) แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND) (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546; Heatherton, 1991) และ (4) แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่? ” เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดบุหรี่ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546) สำหรับเครื่องมือบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงในภาคผนวก ก

ตารางที่ 7 ความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและต่ำในแต่ละด้าน

ด้าน	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
ความแข็งแรงของร่างกาย	มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน	สามารถทำกิจกรรมประจำวันรวมทั้งการออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงได้โดยไม่มีปัญหา
การนอนหลับ	มีปัญหาด้านการนอนหลับ	ไม่มีปัญหาด้านการนอนหลับ
ความอยากอาหาร	มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร รู้สึกเบื่ออาหาร	ไม่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร รู้สึกเจริญอาหาร
อารมณ์	มีปัญหาทางด้านอารมณ์ รู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียวตลอดเวลารวมทั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ไม่รู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียว รวมทั้งสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดี
ความวิตกกังวล	มีความวิตกกังวลว่าจะไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จรวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่	ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่รวมทั้งผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่
สุขภาพจิต	มีความรู้สึกเศร้าซึม ตึงเครียด ท้อแท้และหดหู่ใจตลอดเวลา	รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย มีความสุขตลอดเวลา
ความมีชีวิตชีวา	รู้สึกเหนื่อย หมดแรงและหมดพลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่	รู้สึกเต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา และมีพลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ตลอดเวลา
ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน	มีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์	ไม่มีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์
การเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ	มีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งสมาธิและการใช้ความคิด	ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งสมาธิและการใช้ความคิด
ความพอใจในตนเอง	ไม่มีความภูมิใจและนับถือตนเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง	รู้สึกภูมิใจและนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง
ภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ	มีความคิดว่าบุคลิกภาพของตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม	มีความคิดว่าบุคลิกภาพของตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	แยกตัวออกจากสังคม อึดอัดลำบากใจเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม	มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมดี ไม่รู้สึกอึดอัดลำบากใจเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม
ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบอย่างมากและตลอดเวลาในการทำกิจกรรมทางสังคม	ทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติได้โดยไม่มีผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์

ตารางที่ 7 ความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและต่ำในแต่ละด้าน (ต่อ)

ด้าน	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
อาการอยากสูบบุหรี่	มีความต้องการสูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลา และหากไม่ได้สูบจะไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้อย่างราบรื่น	ไม่มีความต้องการสูบบุหรี่และสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้อย่างราบรื่นโดยไม่ต้องพึ่งพาบุหรี่
อาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่	มีอาการทางกายอื่นๆเกิดขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่และส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน	ไม่มีอาการทางกายอื่นๆเกิดขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา	การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดหรือเกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิตประจำวัน	การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดหรือเกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิตประจำวัน
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา - อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา -อาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ	เกิดอาการไม่พึงประสงค์/อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน	ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์/อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
การยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม	คิดว่าสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ไม่ดีเลย	คิดว่าสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ดีมาก
ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม	ไม่พอใจต่อสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ของตนเอง	พอใจต่อสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ของตนเองมาก

(5) การรวบรวมและสร้างข้อคำถามในเครื่องมือ

การสร้างข้อคำถามได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่และเจ้าหน้าที่ของคลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2546 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งมาตรฐาน (semi-structured interview) และสร้างข้อคำถามเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อคำถามจากแบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 ฉบับภาษาไทย (วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม, 2543)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การสัมภาษณ์

ผู้ที่มีคุณสมบัติครบดังเกณฑ์ต่อไปนี้จะถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมการสัมภาษณ์

- มีเชื้อชาติไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้สูบบุหรี่ที่เคยเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ผ่านมา หรือ เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
- รับทราบรายละเอียดของการวิจัยและยินยอมให้สัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์การสัมภาษณ์

ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ไม่ต้องเข้าร่วมการสัมภาษณ์

- ผู้ที่ได้รับยาในการรักษาโรคทางจิตเวช
- ผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดในปัจจุบันหรือก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมการวิจัย 1 ปี
- ผู้ที่อยู่ในสภาพซึ่งไม่สามารถรับรู้หรือให้ข้อมูลได้
- ผู้ที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
- ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

สำหรับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พิจารณาจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในคลินิกเลิกบุหรี่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป รับทราบรายละเอียดของการวิจัยและยินยอมให้สัมภาษณ์

ผลการวิจัย

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ (1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์ (2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และ (3) การสร้างข้อคำถามในเครื่องมือฉบับร่าง

(1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์

ผู้ที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการสัมภาษณ์มีทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์จำนวน 23 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 1 คน สำหรับเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ที่ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย พยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 2 ท่าน เจ้าหน้าที่ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ประกอบด้วย พยาบาล 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 ท่าน สำหรับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 24 คน

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	20	83.3
	หญิง	4	16.7
อายุ*	20-29 ปี	2	8.3
	30-39 ปี	9	37.5
	40-49 ปี	7	29.3
	50-59 ปี	2	8.3
	60-69 ปี	2	8.3
	≥ 70 ปี	2	8.3
สถานภาพสมรส	โสด	9	37.5
	สมรส	14	58.3
	หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	1	4.2
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	ไม่ได้เรียน	2	8.3
	ประถมศึกษา	6	25.0
	มัธยมต้น	4	16.7
	มัธยมปลาย/ปวช.	2	8.3
	อนุปริญญา/ปวส.	2	8.3
	ปริญญาตรี	8	33.4
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	12.5
	รับจ้าง	4	16.7
	ค้าขายหรือทำธุรกิจ	6	25.0
	รับราชการ	5	20.8
	อื่นๆ[a]	6	25.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่มีรายได้ประจำ	3	12.5
	น้อยกว่า 5,000 บาท	1	4.2
	5,001-10,000 บาท	8	33.3
	10,001-20,000 บาท	8	33.3
	20,001-30,000 บาท	4	16.7
สิทธิการรักษาพยาบาล	เบิกต้นสังกัด	7	29.2
	ประกันสังคม	4	16.7
	จ่ายเอง	13	54.1

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 24 คน (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะของการสูบบุหรี่	ผู้ที่สูบบุหรี่	16	66.7
	ผู้เลิกสูบบุหรี่	8	33.3
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่** (ปี)	≤ 10 ปี	1	4.2
	11-20 ปี	9	37.5
	21-30 ปี	8	33.3
	31-40 ปี	3	12.5
	41-50 ปี	2	8.3
	≥ 51 ปี	1	4.2
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวนต่อวัน)	น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	7	29.1
	11-20 มวนต่อวัน	12	50.0
	21-30 มวนต่อวัน	4	16.7
	31-40 มวนต่อวัน	1	4.2
การประเมินระดับการติดสารนิโคติน (FTND)	ระดับต่ำมาก	7	29.1
	ระดับต่ำ	4	16.7
	ระดับปานกลาง	6	25.0
	ระดับสูง	3	12.5
	ระดับสูงมาก	4	16.7
การประเมินปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่	ภาวะเสพติดนิโคติน	6	25.0
	ภาวะเสพติดทางจิตใจ	11	45.8
	ภาวะเสพติดทางสังคม	2	8.3
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับจิตใจ	4	16.7
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับสังคม	1	4.2
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา (ครั้ง)(กลุ่มที่สูบบุหรี่)	1 ครั้ง	5	31.3
	2-3 ครั้ง	8	50.0
	4-5 ครั้ง	2	12.5
	> 5 ครั้ง	1	6.2
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (กลุ่มที่สูบบุหรี่)	1-7 วัน	9	56.3
	1-2 สัปดาห์	1	6.2
	>2-4 สัปดาห์	1	6.2
	>1-3 เดือน	2	12.5
	>3-6 เดือน	3	18.8

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่สุขภาพของผู้ที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 24 คน (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	1-7 วัน	1	12.5
	1-2 สัปดาห์	3	37.5
	>2-4 สัปดาห์	3	37.5
	>1-3 เดือน	1	12.5
ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่	น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	1	4.2
	ยา bupropion	15	62.5
	ยา bupropionร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	7	29.1
	ชาหญ้าดอกขาว	1	4.2
โรคประจำตัว	ไม่มี	12	50.0
	มี[b]	12	50.0
ยาหรือสมุนไพรที่ใช้เป็นประจำ	ไม่มี	14	58.3
	มี[c]	10	41.7

* คือ อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± SD) เท่ากับ 44.8 ± 15.1 ปี อายุต่ำที่สุด คือ 23 ปี และอายุสูงที่สุด คือ 86 ปี, มัธยฐาน 40 ปี, ฐานนิยม 30 และ 49 ปี

**คือ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± SD) เท่ากับ 24.9 ±12.3 ปี ระยะเวลาน้อยที่สุด คือ 6 ปี และระยะเวลาสูงที่สุด คือ 55 ปี, มัธยฐาน 21.5 ปี, ฐานนิยม 13,15,18 และ 25 ปี

a คือ อาชีพอื่นๆได้แก่ พนักงานบริษัท 3 คน (ร้อยละ 12.5) รัฐวิสาหกิจ 2 คน (ร้อยละ 8.3) แม่บ้าน 1 คน (ร้อยละ 4.2)

b คือ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคภูมิแพ้ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคหืด 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคลิ้นหัวใจตีบ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคไขมันในเลือดสูง 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคลมชัก 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคถุงลมปอดโป่งพองร่วมกับภูมิแพ้ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคกระเพาะอาหารอักเสบร่วมกับภูมิแพ้ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 1 ราย (ร้อยละ 4.2) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและกระเพาะอาหารอักเสบ 1 ราย (ร้อยละ 4.2)

c คือ ยาขยายหลอดลม 2 คน (ร้อยละ 8.1) ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาแก้แพ้ 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาลดระดับไขมันในเลือด 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ 1 ราย (ร้อยละ 4.2) ยารักษาโรคกระเพาะอาหารร่วมกับยาแก้แพ้ 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาอมใต้ลิ้น 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาลดระดับไขมันในเลือด 1 คน (ร้อยละ 4.2) ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและยารักษาโรคกระเพาะอาหาร 1 คน (ร้อยละ 4.2)

(2) **ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์**

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการโดยใช้แบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ข) เป็นแนวทางหลักในการสนทนา รายละเอียดการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

บทนำ แนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ (ผู้วิจัย) อธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ชี้แจงผู้ให้สัมภาษณ์ว่าการให้ข้อมูลในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการทางการแพทย์ และขอความยินยอมในการให้สัมภาษณ์

เนื้อเรื่อง ประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ

2. ขอให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยอาจเป็นประสบการณ์ในปัจจุบันที่กำลังเลิกสูบบุหรี่หรือประสบการณ์ในอดีต โดยขอให้เล่าหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ สำหรับข้อมูลในส่วนนี้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ (2.1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย (2.2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่

2.1 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 24 คน สรุปได้ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์:

ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 80 กล่าวว่า ตอนที่เลิกสูบใหม่ๆ โดยเฉพาะในช่วง 3 วันแรก หงุดหงิดเพราะอยากสูบบุหรี่มาก อารมณ์เสียง่ายและโกรธง่าย ประมาณร้อยละ 30 กล่าวว่าบางครั้งหงุดหงิดมากจนถึงขั้นระบายอารมณ์กับคนรอบข้างและความอดทนต่อสิ่งที่มารบกวนจิตใจลดลงทำให้เครียดและหงุดหงิดมากขึ้น ประมาณ 1-2 สัปดาห์ถึง 1 เดือนอารมณ์จะค่อยๆดีขึ้นไม่หงุดหงิดมาก ความคิดเห็นร้อยละ 30 กล่าวว่าปกติเวลาเครียดจะสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย เมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกเครียดมากขึ้น ประมาณร้อยละ 90 ของคนที่เคยเลิกด้วยตนเอง (หักดิบ) กล่าวว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองมีอาการหงุดหงิดมากกว่าเลิกสูบบุหรี่ด้วยการใช้ยา ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 70 กล่าวว่ารู้สึกกังวลว่าการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้อาจจะไม่สำเร็จเหมือนครั้งที่ผ่านมาและกลัวว่าหากกลับไปสูบใหม่จะสูบมากกว่าเดิม แต่ร้อยละ 30 มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สำหรับผู้ที่เป็นกังวลส่วนใหญ่มีเพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่หรือดื่มสุรากับเพื่อนฝูงเป็นประจำ ความคิดเห็นร้อยละ 25 กล่าวว่าหลังจากเลิกสูบบุหรี่รู้สึกว่าค่อนข้างเศร้าซึมและรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งบางอย่างในชีวิตขาดหายไป ความคิดเห็นร้อยละ 10 กล่าวว่าเมื่อเลิกสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกเหงาและเบื่อในเวลาว่างที่ไม่มีอะไรทำ

สำหรับอาการอยากสูบบุหรี่ ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 90 กล่าวว่า เมื่อเลิกสูบบุหรี่จะรู้สึกอยากสูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลาโดยเฉพาะในกรณีที่เลิกสูบด้วยตนเองหรือในเวลาที่ว่าง และยิ่งมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่มากขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากพฤติกรรมที่คุ้นเคย โดยเฉพาะการดื่มสุราหรือดื่มกาแฟ สำหรับคนที่รับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 70 กล่าวว่ารับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่ดีกว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและช่วยให้ไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย:

ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่กล่าวว่า ร่างกายดีขึ้นกว่าตอนที่ยังสูบอยู่เพราะตอนที่ยังสูบบุหรี่เวลาออกแรงหรือออกกำลังกายจะเหนื่อยมาก รู้สึกเหมือนหายใจไม่ทันแน่นอึดอัด หายใจลำบาก รู้สึกหอบเหนื่อยเวลาขึ้นบันได พอเลิกสูบรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงขึ้นออกกำลังกายได้นานขึ้นไม่เหนื่อยง่ายเหมือนก่อน รู้สึกร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเปร่าขึ้น รวมทั้งมีกำลังในการทำงานเพิ่มมากขึ้น สำหรับความคิดเห็นร้อยละ 35 กล่าวว่าช่วงระยะเวลาที่เลิกบุหรี่สั้นไปยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมากนักแต่รู้สึกว่าร่างกายดีขึ้น รู้สึกหายใจได้คล่องขึ้นหายใจได้ลึกขึ้น ไอน้อยลงและเสมหะในตอนเช้าลดลง สำหรับอาการด้านร่างกายอื่นๆ เช่น ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้งมาก หรือ คัดจมูก น้ำมูกไหล

การเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหาร:

ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 65 เมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้วทำให้รับประทานอาหารได้อร่อยมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น รู้สึกเจริญอาหารมากขึ้น รู้สึกปากแห้ง คอแห้งทำให้อยากรับประทานของหวานๆ โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นร้อยละ 10 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีโรคประจำตัวจึงต้องพยายามควบคุมการรับประทานอาหาร ความคิดเห็นร้อยละ 40 มีความรู้สึกที่ดีต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพราะคิดว่าทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ความคิดเห็นร้อยละ 30 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหาร

การเปลี่ยนแปลงด้านการนอน:

ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ร้อยละ 50 นอนหลับยากเป็นนิสัยประจำตัวและร้อยละ 30 ต้องสูบบุหรี่ก่อนนอนพอไม่ได้สูบจะรู้สึกว่านอนไม่ค่อยหลับ ร้อยละ 30 กล่าวว่าหลับไม่ค่อยสนิทหรือตื่นบ่อยๆตอนกลางคืน ร้อยละ 20 เลิกสูบบุหรี่แล้วง่วงนอนเร็วขึ้น นอนหลับได้ดี หลับได้นานขึ้น ร้อยละ 10 นอนตื่นนอนเช้าขึ้นกว่าเดิมโดยที่รู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเพียงพอ

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับด้านสังคม:

ความคิดเห็นร้อยละ 50 ช่วงแรกที่เลิกสูบบุหรี่จะพยายามแยกตัวจากเพื่อนที่สูบบุหรี่ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่กลับไปสูบบุหรี่ใหม่และหลีกเลี่ยงการสังสรรค์เพื่อดื่มสุรากับเพื่อนฝูงเนื่องจากถ้าเพื่อนสูบบุหรี่กลัวห้ามใจตนเองไม่ได้ การเข้าสังคมกับเพื่อนในกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ต้องอดทนมากขึ้นเนื่องจากต้องพยายามข่มใจไม่ให้สูบบุหรี่เมื่อเพื่อนชักชวน ความคิดเห็นร้อยละ 20 สามารถเข้าสังคมกับเพื่อนที่ยังสูบบุหรี่ได้เหมือนเดิม ความคิดเห็นร้อยละ 30 กล่าวว่าเลิกสูบบุหรี่แล้วดีกว่าตอนที่ยังสูบอยู่เนื่องจากเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ไม่ต้องกังวลคนรอบข้างเกี่ยวกับกลิ่นบุหรี่รวมทั้งปัจจุบันหาที่สูบบุหรี่ได้ยากขึ้น

ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว:

ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 80 กล่าวว่าความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดีมาก ทุกคนจะชื่นชมและเป็นกำลังใจให้เลิกสูบบุหรี่ และบ้านสะอาดขึ้นไม่มีกลิ่นบุหรี่ ร้อยละ 10 กล่าวว่าช่วงเลิกใหม่ๆอยากอยู่คนเดียว ลูกๆมาเล่นด้วยจะรู้สึกหงุดหงิดมาก พอเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วรู้สึกอารมณ์ดีขึ้นมาก เล่นกับลูกนานๆได้และภูมิใจที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกและครอบครัวมีความสุขมากขึ้น มีส่วนน้อยบอกว่าเหมือนเดิมไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

การเลิกสูบบุหรี่และผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน:

ความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 70 กล่าวว่า การเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้มีผลกระทบมากจนถึงขั้นทำงานไม่ได้ แต่มีผลกระทบบ้างเนื่องจากปกติเมื่อทำงานแล้วรู้สึกเครียดหากสูบบุหรี่รู้สึกว่าช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้ ร้อยละ 20 กล่าวว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้คิดได้ดีขึ้นช่วยให้สามารถวางแผนงานต่างๆได้ดี เมื่อไม่ได้สูบรู้สึกว่าคิดอะไรไม่ค่อยออก ร้อยละ 20 กล่าวว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้มีเวลาทำงานมากขึ้นและทำงานได้ดีกว่าตอนที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 10 กล่าวว่าอาจมีผลกระทบบ้างในแง่ของการขาดความตื่นตัวหรือง่วงนอนตอนกลางวันถ้าไม่สูบบุหรี่จะทำให้เกียจคร้านและไม่มีกำลังในการทำงาน ร้อยละ 10 กล่าวว่าเลิกสูบบุหรี่แล้วรู้สึกดีไม่ต้องรำคาญตนเองที่ต้องออกมาสูบบุหรี่บ่อยๆในเวลาทำงานและไม่ต้องซื้อบุหรี่มาเตรียมไว้เพราะกลัวไม่มีบุหรี่สูบเหมือนก่อนและประหยัดเงินด้วย

ความรู้สึกที่มีต่อยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ใช้ :

สำหรับคนที่รับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 70 กล่าวว่า การรับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่ดีกว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีอาการหงุดหงิดน้อยกว่าและไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่เลยและคิดว่ายาน่าจะทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเชื่อว่ายารับประทานมีส่วนช่วยให้

เลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 50-70 ส่วนน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่มีส่วนช่วยเพียงร้อยละ 20 และส่วนที่เหลือเกิดจากกำลังใจที่เข้มแข็งของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 10 กล่าวว่าบอกว่าเคยใช้ยาเลิกบุหรี่ทุกชนิดคิดว่ายาไม่ได้ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด อาจช่วยให้เลิกสูบไปสักระยะแล้วกลับมาสูบใหม่จึงคิดว่าการจะเลิกสูบได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจของตนเองมากกว่า ผู้ที่เคยใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินมาก่อนกล่าวว่าขณะที่ใช้ยายังมีความรู้สึกว่าอยากสูบบุหรี่มากแต่เมื่อเปลี่ยนมารับประทานยาเม็ดรู้สึกดีมากเนื่องจากไม่มีอาการอยากสูบบุหรี่เลย ผู้ติดบุหรี่ส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าหากใช้ยาที่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบทำให้ได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดเหมือนการสูบบุหรี่ ผู้ติดบุหรี่ที่เป็นผู้หญิงบางรายไม่กล้าใช้ยาชนิดรับประทานเนื่องจากเกรงว่ายาจะมีผลต่อสมองและคิดว่าการใช้ยาภายนอกน่าจะปลอดภัยกว่า

ความยุ่งยากหรือลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันที่เกิดจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่:

สำหรับผู้ที่รับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 90 กล่าวว่า ยาชนิดรับประทานใช้ง่ายที่สุดและรับประทานเพียงวันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่มาหลายวิธีมีความเห็นว่าการใช้ยารับประทานง่ายและไม่ยุ่งยากแต่ราคาแพงเกินไป ผู้ที่เคยเลิกบุหรี่โดยการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินกล่าวว่าใช้ยาชนิดรับประทานดีกว่า เนื่องจากการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินยังมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่อยู่และไม่เหมาะสมที่จะเคี้ยวหมากฝรั่งในเวลาทำงาน ผู้ที่เคยใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินกล่าวว่าการใช้ยาไม่ยุ่งยากแต่ใช้แล้วยังมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่อยู่และมีเพื่อนรับประทานยาแล้วเลิกสูบบุหรี่ได้จึงอยากใช้ยาชนิดรับประทานมากกว่า สำหรับผู้ที่ใช้น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่จะไม่ใช้ยาในช่วงที่ไปทำงานเพราะพกพาลำบาก

อาการข้างเคียงจากยาช่วยเลิกบุหรี่และผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน :

ผู้ที่รับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 90 จะมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ต้องดื่มน้ำตลอดเวลา ร้อยละ 20 มีอาการท้องผูก ปวดศีรษะ มี 1 รายปวดศีรษะมากจนต้องหยุดยา ร้อยละ 10 รับประทานยาแล้วรู้สึกว่ารสชาติในปากเปลี่ยนไปหรือรู้สึกว่าขมที่ลิ้นโดยเฉพาะในช่วงแรกที่รับประทานยาทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย อาการข้างเคียงส่วนใหญ่เป็นมากในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก มี 1 รายที่พบอาการใจสั่นมาก หน้ามืด วิงเวียน บ้านหมุนทำงานไม่ได้ต้องนอนตลอดเวลาและต้องหยุดใช้ยา ร้อยละ 10 รับประทานยาแล้วนอนไม่หลับจึงต้องใช้ยานอนหลับเสริม อย่างไรก็ตาม ผู้ที่รับประทานยาช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 70 ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเนื่องจากสามารถทนได้ และร้อยละ 10 รับประทานยาแล้วไม่มีอาการข้างเคียงใดๆและไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่เลย

ความรู้สึกอื่น ๆที่เกิดหลังจากเลิกสูบบุหรี่หรือความคิดเห็นเพิ่มเติม :

สำหรับความรู้สึกอื่นๆ มีค่อนข้างหลากหลายเช่น การเลิกสูบบุหรี่โดยที่ถูกผู้ปกครองบังคับทำให้รู้สึกเสียความเป็นตัวของตัวเอง เพราะการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนเพื่อความสนุกสนานแต่ไม่ได้คิดว่าติดบุหรี่ สำหรับผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มานานกล่าวว่าไม่ได้คาดหวังอะไรจากการเลิกสูบบุหรี่แต่ที่เลิกเพราะอายุมากขึ้นสุขภาพไม่ดี

2.2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่จำนวน 5 คนสรุปได้ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ :

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เด่นชัดที่สุด ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ที่มาเลิกบุหรี่จะบอกว่าหงุดหงิดง่าย ใจร้อน โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย บางทีจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้เพราะไม่มีความอดทนต่ออารมณ์ของคนอื่นๆหรือสิ่งที่มากระทบได้เท่าเดิม ส่วนใหญ่อาการหงุดหงิดจะเป็นมากในช่วง 1 สัปดาห์แรก และใน 1 เดือนอารมณ์จะค่อยๆดีขึ้น พวกที่หงุดหงิดมากๆจะไม่ค่อยมาติดตามจะหายไปนานจนกว่าเตรียมใจเลิกสูบบุหรี่ใหม่อีกครั้ง พวกที่เลิกสูบบุหรี่ใหม่ๆจะบ่นว่าอยากสูบบุหรี่มากโดยเฉพาะเวลาที่ดื่มเหล้า โดยทั่วไปอาการอยากสูบบุหรี่จะลดลงหลังผ่านเดือนที่ 4 ไปแล้ว บางคนที่มาเลิกบุหรี่จะมีอาการกระวนกระวายมากแต่บางคนจะซึมเศร้าและหดหู่มากโดยมักพบในพวกที่สูบบุหรี่มากและเลิกสูบด้วยตนเอง หรือในคนที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้ามาก่อน แต่ในผู้ที่ใช้ยาชนิดรับประทานพบน้อย คนที่เคยพยายามเลิกมาหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จมักบ่นว่ารู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และเหนื่อยใจ ถ้าครั้งนี้ล้มเหลวจะไม่เลิกสูบบุหรี่อีก ส่วนใหญ่จะมีอาการวิตกกังวลว่าจะเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย :

สุขภาพจะดีขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย แต่ในช่วงแรกที่เลิกสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 80 จะบ่นว่าปวดศีรษะ (โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยา) และท้องผูก แต่ประมาณ 1-2 สัปดาห์จะดีขึ้น มีประมาณร้อยละ 30 มาบ่นว่านอนไม่ค่อยหลับหรือนอนแล้วตื่นบ่อยในช่วง 7 วันแรกที่เลิกสูบบุหรี่โดยพบมากในคนที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองไม่ได้ใช้ยา แต่ส่วนใหญ่ที่พบจะนอนหลับได้ดีขึ้นและนอนได้นานขึ้น พวกที่เลิกสูบบุหรี่ใหม่ๆ บางคนบ่นว่าไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ มีเสมหะมาก แน่นหน้าอก บางคนบ่นว่าท้องเสีย รับประทานอาหารไม่ได้ในช่วงแรกที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ เมื่อผ่านไปประมาณ 1-2 เดือน คนที่เลิกบุหรี่ส่วนใหญ่จะบ่นว่ารับประทานอาหารได้มากขึ้นและอ้วนขึ้น บางคนน้ำหนักขึ้น 3-5 กิโลกรัมจะเป็นกังวลโดยเฉพาะในผู้หญิง ส่วนใหญ่ผู้ชายไม่ค่อยกังวลเรื่องน้ำหนักตัว

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับด้านสังคม :

คนที่ตั้งใจเลิกบุหรี่ในช่วงแรกจะระมัดระวังตัวเองพยายามเก็บตัวเพราะถ้าไปร่วมสังสรรค์กับเพื่อนโดยเฉพาะการดื่มเหล้าโอกาสที่จะกลับมาสูบบุหรี่ใหม่จะสูง แต่ถ้าสามารถเลิกได้สำเร็จแล้วจะมีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้นและกล้าไปร่วมสมาคมกับคนหมู่มากรวมทั้งคนกลุ่มอื่นที่ไม่สูบบุหรี่

การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด/การจำ :

คนส่วนน้อยที่เมื่อไม่สูบบุหรี่แล้วไม่มีสมาธิในการทำงานหรือมีปัญหาในการคิดหรือแก้ไขปัญหา มักพบในช่วง 2 สัปดาห์แรก แต่ถ้าเลิกได้นานถึง 1 เดือนจะดีขึ้น ผู้ติดบุหรี่บางคนกล่าวว่าการที่ไม่มีสมาธิเพราะรู้สึกหงุดหงิดที่ไม่ได้สูบบุหรี่มากกว่าการที่สูบบุหรี่แล้วบุหรี่ช่วยให้มีสมาธิ

การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และผลดีต่อคุณภาพชีวิต :

คนที่มาเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ต้องการใช้ยาเพราะเชื่อว่ายาจะช่วยเสริมความมั่นใจและเป็นที่พึ่งทางใจให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและช่วยลดความทรมานทางกายที่จะเกิดเมื่อหยุดสูบบุหรี่ โดยทั่วไปหากใช้ยา อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจะสูงกว่าคนที่มารับคำปรึกษาแล้วกลับไปเลิกเอง โดยเฉพาะคนที่ใช้ยา bupropion ไปประมาณ 3 สัปดาห์ จะบอกว่ารู้สึกดี ไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่หรือรู้สึกซึมเศร้าเหมือนการเลิกด้วยตนเอง และปกติถ้าไม่สูบบุหรี่จะรู้สึกมึนงงต้องสูบก่อนจึงสามารถทำงานได้อย่างคล่องแคล่ว แต่พอใช้ยานี้ทำให้มีความกระตือรือร้นในการทำงานและชีวิตประจำวันของเขาดีขึ้นโดยที่ไม่ต้องสูบบุหรี่ บางคนบอกว่าเมื่อรับประทานยาตัวนี้รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น ส่วนน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ส่วนใหญ่บอกว่าใช้ไม่ค่อยได้ผล มีบางคนมาขอยาเพื่อที่ทำให้สูบบุหรี่ลดลงแต่ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับอาการข้างเคียงจากยาพบบ่อยในช่วงสัปดาห์แรกของการใช้ยา bupropion เช่น ปากแห้ง คอแห้ง รู้สึกคลื่นไส้อาเจียนหลังจากตื่นนอนตอนเช้า มีอาการปวดศีรษะ ท้องผูก นอนไม่หลับ ส่วนใหญ่บอกว่าสามารถทนได้ไม่กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันมากนัก แต่มีบางรายที่เกิดอาการรุนแรงเช่น ปวดศีรษะมาก ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หรือเป็นผื่นคันลมพิษทั้งตัวก็ต้องหยุดยา

ความคิดเห็นเพิ่มเติม :

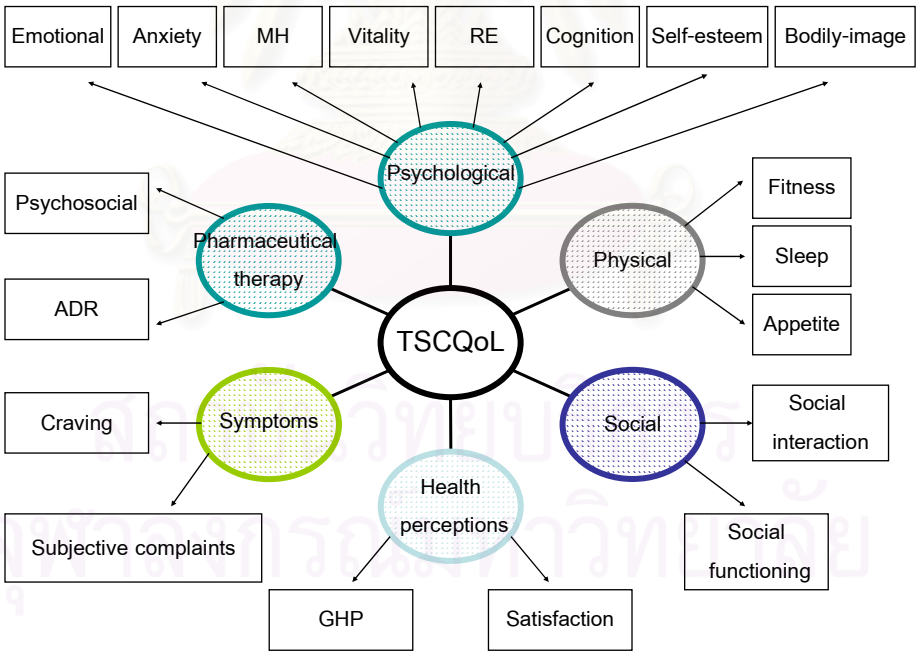
อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่มีมากและส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อที่ผิดเช่น หลายคนมีประสบการณ์ว่าเพื่อนเลิกสูบบุหรี่แล้วไปตรวจเจอมะเร็งทำให้เกิดความกลัวว่า ถ้าหยุดสูบบุหรี่แล้วจะเป็นมะเร็ง เนื่องจากเข้าใจว่านิโคตินในบุหรี่ไปกดอาการแสดงออกของโรคมะเร็งพอเลิกสูบบุหรี่ทำให้อาการแสดงออกมา นอกจากนี้ในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่มักจะเล่ากันปากต่อปากว่าการเลิกสูบ

บุหรี่นั้นยากและพอเลิกแล้วจะเกิดความทรมานจากอาการถอนนิโคติน นอกจากนี้ผู้ที่มาเลิกบุหรี่ที่เป็นเด็กวัยรุ่นมักบอกว่าถ้าเลิกกลัวเพื่อนล้อเลียนว่าไม่เป็นลูกผู้ชายและกลัวว่าจะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ อย่างไรก็ตามโดยรวมแล้วถ้าคนที่ติดบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคุณภาพชีวิตจะดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น ผิวพรรณและหน้าตาแจ่มใส ลมหายใจสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น ดูอ่อนกว่าวัย มีความมั่นใจสูงขึ้น และภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะบุหรี่ที่ใครๆบอกว่าเลิกยากได้สำเร็จ รวมทั้งภูมิใจที่ได้ทำสิ่งดีๆให้ครอบครัว นอกจากนี้ยังกล้าประชาสัมพันธ์ตัวเองกับคนอื่นได้ว่าเคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่ตอนนี้สามารถเลิกสูบได้สำเร็จแล้ว

(3) การสร้างข้อคำถามในเครื่องมือฉบับร่าง

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อคำถามจากแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ฉบับภาษาไทยนำมาสร้างเครื่องมือฉบับร่าง (Thai Smoking Cessation Quality of Life Instrument, TSCQoL; draft version) โดยกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายประเมินระดับคุณภาพชีวิตของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนข้อคำถามในเครื่องมือฉบับร่างมีทั้งหมด 95 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 ประเด็นหลักคือ 1) หมวดร่างกาย (physical domain) แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (fitness) (4 ข้อ), ด้านการนอนหลับ (sleep) (6 ข้อ) และด้านความอยากอาหาร (appetite) (5 ข้อ) 2) หมวดจิตใจ (psychological domain) แบ่งเป็น 8 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (emotion) (5 ข้อ), ด้านความวิตกกังวล (anxiety) (5 ข้อ), ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (mental health; MH) (5 ข้อ), ด้านความมีชีวิตชีวา (vitality) (5 ข้อ), ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน (role limitation due to emotional problem; role-emotional; RE) (4 ข้อ), ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ (cognition) (4 ข้อ), ด้านความพอใจในตนเอง (self-esteem) (6 ข้อ), ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ (bodily-image) (5 ข้อ) 3) หมวดสังคม (social domain) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (social interaction) (4 ข้อ) และด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม (social role limitation due to emotional problem; social functioning; SF) (3 ข้อ) 4) หมวดอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่ (cessation-related symptoms domain) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านอาการอยากสูบบุหรี่ (craving) (4 ข้อ) และด้านอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่ (subjective complaints) (4 ข้อ) 5) หมวดการรักษาโดยการใช้ยา (pharmaceutical therapy domain) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (psychosocial consequences) (10 ข้อ), ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (negative consequences; adverse drug reactions; ADRs) (14 ข้อ) ประกอบด้วย ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา (general treatment-related symptoms) (8 ข้อ) และด้าน

อาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ (dosage-form specific ADRs) (6 ข้อ) 6) หมวดการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (health perception domain) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม (general health perception) (1 ข้อ) และด้านความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม (satisfaction with health) (1 ข้อ) ข้อคำถามที่สร้างขึ้นได้มาจากการสัมภาษณ์ 63 ข้อ การทบทวนวรรณกรรม 23 ข้อ และแบบประเมินสุขภาพทั่วไป SF-36 9 ข้อ ผลสรุปการแจกแจงเป็นประเด็นหลักและด้านย่อยแสดงดังรูปที่ 4 สำหรับตัวเลือกในแต่ละข้อคำถามใช้ตัวเลือกแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยตัวเลือกที่ใช้มี 3 ชนิด คือ 1) ประเมินความบ่อย (frequency) เริ่มตั้งแต่ 1=เกือบจะไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้งบางคราว, 4=บ่อยๆ, 5=เกือบตลอดเวลา 2) ประเมินความมากน้อย (evaluation) เริ่มตั้งแต่ 1=ไม่มีเลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก 3) ประเมินความคิดเห็น (agreement) เริ่มตั้งแต่ 1=ไม่ใช่อย่างยิ่ง, 2=ไม่ใช่, 3=ไม่แน่ใจ, 4=ใช่, 5=ใช่อย่างยิ่ง แต่ละข้อคำถามเลือกใช้ตัวเลือกตามความเหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการประเมินในแต่ละข้อคำถาม สำหรับรายละเอียดเนื้อหาของแต่ละข้อคำถามและตัวเลือกที่ใช้ในแต่ละข้อแสดงในภาคผนวก จ (เครื่องมือฉบับร่างสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา)



TSCQoL = Thai Smoking Cessation Quality of Life

MH = Mental Health RE = Role limitations due to emotional problems

ADR = Adverse drug reactions GHP = General Health Perceptions

รูปที่ 4 ผลสรุปการแจกแจงเป็นประเด็นหลักและด้านย่อยของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2: การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดยทดสอบว่าข้อคำถามในเครื่องมือนั้นวัดได้ตรงประเด็น (relevant) และครอบคลุม (representative) เนื้อหาทั้งหมดของคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

วิธีดำเนินการ

การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญดำเนินการในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 การวิจัยนี้ได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านบุหรี่หรือยาสูบจากแพทย์และบุคลากรที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลจำนวน 6 ท่านและคณาจารย์ในคณะเภสัชศาสตร์จำนวน 3 ท่าน รวมทั้งหมด 9 ท่าน สำหรับรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ทำการตรวจสอบเครื่องมือหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา และเครื่องมือฉบับร่างสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา แสดงในภาคผนวก ค, ง และ จ ตามลำดับ ในการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อตรงกับประเด็นที่ต้องการประเมินรวมทั้งครอบคลุมเนื้อหาของคุณภาพชีวิตในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ โดยกำหนดผลการพิจารณาเป็นดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งประกอบด้วยมาตรอันดับ (ordinal scale) 4 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกันเลยระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้ ระดับ 2 หมายถึง ไม่สามารถประเมินความสอดคล้องได้ควรต้องมีการแก้ไขข้อคำถามใหม่ ระดับ 3 หมายถึง มีความสอดคล้องกันแต่ควรมีการแก้ไขเล็กน้อย เช่น แก้ภาษาที่ใช้ ระดับ 4 หมายถึง มีความสอดคล้องกันดีมากระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้ สำหรับการพิจารณาว่าข้อคำถามใดที่มีความตรงทางเนื้อหานั้นยึดหลักของ Lynn (1986) ที่เสนอว่าในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาควรมีสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยกับข้อคำถามคือระบุคะแนนดัชนีความตรงทางเนื้อหาของข้อคำถามเป็นอันดับ 3 หรือ 4 อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จึงถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เนื่องจากการวิจัยนี้มีผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 9 ท่าน ดังนั้นต้องมีสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 7 ใน 9 ท่านที่เห็นด้วยกับข้อคำถามหรือระบุคะแนนดัชนีความตรงทางเนื้อหาของข้อคำถามเป็นอันดับ 3 หรือ 4 ข้อคำถามนั้นจึงถือว่ามีความตรงทางเนื้อหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 สำหรับข้อคำถามใดที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ลงคะแนนดัชนีความตรงทางเนื้อหาจะพิจารณาจากสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เหลือที่ได้ลงความเห็นในข้อคำถามไว้เท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา

ที่ใช้ในแต่ละข้อคำถามเพื่อให้ภาษาที่ใช้เป็นที่เข้าใจง่าย รวมทั้งแนะนำข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงเนื้อหาให้ครบถ้วนยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่าน แสดงดังตารางที่ 9 ข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหามีจำนวน 83 ข้อ (ร้อยละ 87.4) และไม่ผ่านจำนวน 12 ข้อ (ร้อยละ 12.6) นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญยังได้แก้ไขภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถามเพื่อให้ภาษาที่ใช้เป็นที่เข้าใจง่ายและได้แนะนำให้ใช้คำว่า “ฉัน” แทนคำว่า “ท่าน” ทุกข้อคำถาม เนื่องจากคำตอบที่ได้จะมาจากความคิดเห็นของตัวผู้ประเมินมากกว่าการใช้คำว่าท่าน รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญยังได้แนะนำข้อคำถามเพิ่มเติมจำนวน 8 ข้อคือ ด้านความอยากอาหาร 1 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 1 ข้อ ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม 3 ข้อ ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา 1 ข้อ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม 1 ข้อ และด้านความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม 1 ข้อ รวมข้อคำถามในเครื่องมือทั้งหมด 91 ข้อ สำหรับการใช้ตัวเลือกแบบประเมินความบ่อย (frequency) ซึ่งเดิมผู้วิจัยใช้แบบ 5 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ 1=เกือบจะไม่เคยเลย 2=นานๆครั้ง 3=บางครั้งบางคราว 4=บ่อยๆ 5=เกือบตลอดเวลา ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้ตัวเลือกที่สุดปลายทั้งสองด้านโดยเปลี่ยนเป็น 1=ไม่เคยเลย 2=นานๆครั้ง 3=บางครั้ง 4=บ่อยๆ 5=ตลอดเวลา เพื่อหลีกเลี่ยงการไม่ตอบข้อคำถาม (missing data) รวมทั้งการเลือกตอบข้อคำถามในด้านปลายสุดมากเกินไป (floor หรือ ceiling effect) นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญยังได้ให้ความเห็นว่าในด้านเดียวกันควรใช้ตัวเลือกที่เหมือนกันเพื่อทำให้ค่าความเที่ยงสูงขึ้นเนื่องจากคำถามในด้านเดียวกันจะมุ่งเน้นวัดในสิ่งเดียวกัน ดังนั้นควรใช้ตัวเลือกที่เหมือนกันจึงได้ปรับเปลี่ยนตัวเลือกตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ รายละเอียดการปรับปรุงภาษาที่ใช้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือกที่เหมาะสมกับข้อคำถาม คำแนะนำและข้อคำถามที่เสนอเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญแสดงในตารางที่ 10

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
1. หมวดร่างกาย											
1.1 ความแข็งแรงของร่างกาย											
ข้อที่ 1	3	1	1	4	4	4	1	4	4	6/9	N
ข้อที่ 2	3	4	3	2	4	4	1	4	3	7/9	Y
ข้อที่ 3	1	4	1	4	4	N/A-	2	4	4	5/8	N
ข้อที่ 4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	8/9	Y
1.2 การนอนหลับ											
ข้อที่ 5	1	4	1	4	4	4	4	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 6	1	4	1	4	4	4	4	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 7	1	4	4	4	4	4	4	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 8	1	3	1	4	4	4	1	4	4	6/9	N
ข้อที่ 9	1	4	1	4	4	4	3	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 10	1	4	1	4	3	4	N/A+	3	3	6/8	N

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
1.3 ความอยากอาหาร											
ข้อที่ 11	2	3	4	4	3	3	4	4	4	8/9	Y
ข้อที่ 12	2	2	4	4	4	4	4	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 13	3	4	2	4	3	4	4	3	4	8/9	Y
ข้อที่ 14	2	4	1	4	4	4	4	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 15	3	4	3	1	4	4	4	4	4	8/9	Y
2. หมวดจิตใจ											
2.1 อารมณ์											
ข้อที่ 16	3	4	3	4	4	4	4	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 17	3	2	4	4	4	4	4	4	4	8/9	Y
ข้อที่ 18	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 19	3	2	1	4	4	4	4	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 20	2	4	3	3	4	4	4	4	3	8/9	Y
2.2 ความวิตกกังวล											
ข้อที่ 21	3	4	1	2	4	4	3	4	4	7/9	Y
ข้อที่ 22	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9/9	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
2.2 ความวิตกกังวล (ต่อ)											
ข้อที่ 23	3	4	3	4	4	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 24	3	4	N/A+	4	4	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 25	3	4	2	4	4	4	4	3	4	8/9	Y
2.3 สุขภาพจิตอื่นๆ											
ข้อที่ 26	3	4	N/A+	4	4	4	4	4	4	8/8	Y
ข้อที่ 27	3	4	N/A+	4	4	4	4	4	4	8/8	Y
ข้อที่ 28	3	4	N/A+	4	4	4	4	4	4	8/8	Y
ข้อที่ 29	3	4	N/A+	4	4	4	4	4	4	8/8	Y
ข้อที่ 30	2	1	N/A+	4	4	4	N/A-	3	4	5/7	N
2.4 ความมีชีวิตชีวา											
ข้อที่ 31	3	4	N/A+	4	4	4	1	4	3	7/8	Y
ข้อที่ 32	3	4	N/A	4	4	4	4	2	4	7/8	Y
ข้อที่ 33	3	4	N/A+	4	4	4	4	3	4	8/8	Y
ข้อที่ 34	3	4	N/A+	4	4	N/A-	4	2	4	6/7	Y
ข้อที่ 35	2	4	N/A+	3	4	4	4	4	4	7/8	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
2.5 ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน											
ข้อที่ 36	3	4	N/A-	4	3	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 37	3	4	N/A	4	N/A-	4	4	4	4	7/7	Y
ข้อที่ 38	2	4	N/A	4	3	4	4	3	4	7/8	Y
ข้อที่ 39	3	4	N/A	4	3	N/A-	4	3	4	7/7	Y
2.6 การเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ											
ข้อที่ 40	3	4	4	4	4	4	3	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 41	3	4	4	4	4	4	3	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 42	3	4	1	4	4	4	4	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 43	2	2	2	4	4	4	4	4	4	6/9	N
2.7 ความพอใจในตนเอง											
ข้อที่ 44	3	4	3	4	4	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 45	3	4	1	4	4	4	3	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 46	3	4	4	4	4	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 47	3	4	2	3	4	4	4	4	3	8/9	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
2.7 ความพอใจในตนเอง (ต่อ)											
ข้อที่ 48	3	4	N/A	4	3	4	4	N/A-	3	7/7	Y
ข้อที่ 49	3	4	4	2	4	4	2	N/A-	3	6/8	N
2.8 ภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ											
ข้อที่ 50	2	4	4	4	4	4	4	4	4	8/9	Y
ข้อที่ 51	2	4	N/A-	4	N/A-	4	2	4	3	5/7	N
ข้อที่ 52	3	4	N/A-	4	4	4	2	4	3	7/8	Y
ข้อที่ 53	3	4	N/A-	4	3	4	2	4	3	7/8	Y
ข้อที่ 54	3	4	N/A-	4	4	4	2	4	3	7/8	Y
3. หมวดสังคม											
3.1 ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น											
ข้อที่ 55	3	4	4	4	3	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 56	3	4	4	4	4	4	4	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 57	3	4	N/A+	4	3	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 58	3	4	3	4	4	4	1	4	3	8/9	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
3.2 ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม											
ข้อที่ 59	3	4	3	4	3	4	4	N/A+	3	8/8	Y
ข้อที่ 60	3	4	3	4	3	4	4	N/A+	3	8/8	Y
ข้อที่ 61	3	4	N/A+	4	3	4	1	N/A+	3	6/7	Y
4. หมวดอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่											
4.1 อาการอยากสูบบุหรี่											
ข้อที่ 62	3	4	4	4	4	4	2	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 63	3	4	1	4	4	4	4	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 64	3	4	4	4	4	4	4	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 65	3	4	4	2	4	4	1	4	4	7/9	Y
4.2 อาการทางกายอื่นๆหลังเลิกสูบบุหรี่											
ข้อที่ 66	2	2	N/A	4	4	4	3	4	3	6/8	N
ข้อที่ 67	2	4	N/A	4	4	4	4	4	3	7/8	Y
ข้อที่ 68	2	2	N/A	4	4	4	4	4	3	6/8	N
ข้อที่ 69	2	4	4	4	4	4	N/A+	4	3	7/8	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
5. หมวดการรักษาโดยการใช้ยา											
5.1 ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา											
ข้อที่ 70	3	4	N/A	4	N/A	4	3	4	3	7/7	Y
ข้อที่ 71	3	2	N/A	4	N/A	4	3	4	3	6/7	Y
ข้อที่ 72	3	4	N/A	4	4	4	3	3	3	8/8	Y
ข้อที่ 73	3	4	N/A	4	3	4	3	4	2	7/8	Y
ข้อที่ 74	3	4	N/A	4	4	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 75	3	4	N/A	4	4	4	3	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 76	3	2	N/A	4	4	4	3	3	2	6/8	N
ข้อที่ 77	3	2	N/A	4	4	4	3	3	3	7/8	Y
ข้อที่ 78	3	4	N/A	4	4	4	3	4	2	7/8	Y
ข้อที่ 79	2	2	N/A	4	3	4	3	N/A+	3	5/7	N
5.2 อาการข้างเคียงจากการใช้ยา											
5.2.1 อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา											
ข้อที่ 80	3	4	N/A	4	4	4	3	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 81	3	4	N/A	4	4	4	3	4	3	8/8	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
5.2.1 อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา (ต่อ)											
ข้อที่ 82	3	4	N/A	4	3	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 83	3	4	N/A	4	4	4	3	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 84	3	4	N/A	4	3	4	3	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 85	3	4	N/A	4	3	4	4	4	3	8/8	Y
ข้อที่ 86	3	4	N/A	4	N/A	4	3	4	3	7/7	Y
ข้อที่ 87	3	4	N/A	3	N/A	4	3	4	3	7/7	Y
5.2.2 อาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ											
ข้อที่ 88	3	4	3	4	4	4	4	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 89	3	4	4	4	4	4	4	4	3	9/9	Y
ข้อที่ 90	3	2	4	4	4	4	4	4	3	8/9	Y
ข้อที่ 91	3	4	3	4	4	4	4	4	4	9/9	Y
ข้อที่ 92	3	2	4	4	4	4	4	4	4	8/9	Y
ข้อที่ 93	3	4	3	4	4	4	4	4	4	9/9	Y

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือจำนวน 95 ข้อคำถาม (ต่อ)

หมวด/ด้าน/ข้อคำถาม	คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ									สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วย	ยอมรับ (Y)หรือปฏิเสธ (N)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9		
6. หมวดการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง											
6.1 การยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม											
ข้อที่ 94	3	4	4	4	3	4	4	3	3	9/9	Y
6.2 ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม											
ข้อที่ 95	3	4	N/A-	4	3	4	4	3	3	8/8	Y

หมายเหตุ

1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกันเลยระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้

2 หมายถึง ไม่สามารถประเมินความสอดคล้องได้ ควรต้องมีการแก้ไขข้อคำถาม

3 หมายถึง มีความสอดคล้องกันแต่ควรมีการแก้ไขเล็กน้อย เช่น แก้ภาษาที่ใช้

4 หมายถึง มีความสอดคล้องกันดีมากระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้

N/A หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ลงคะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาและไม่ได้แสดงความคิดเห็น

N/A+ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ลงคะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาและแสดงความคิดเห็นในแนวทางเห็นด้วยกับข้อคำถามแต่ต้องมีการปรับปรุงข้อคำถาม

N/A- หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ลงคะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหาและแสดงแสดงความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
1	ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉง	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
2	ท่านรู้สึกมีกำลังวังชา	ฉันไม่มีกำลังวังชาในการทำกิจกรรมประจำวัน	frequency (evaluation)	ควรระบุเป็นข้อจำกัดต่างๆหรือระบุกิจกรรมที่ทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจน เช่น การขึ้นลงบันได
3	ท่านรู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลียแรง	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
4	ท่านเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรง	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรง	frequency	-
5	ตอนเข้านอน ท่านมักนอนหลับยาก	เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก	frequency	การนอนหลับมีตัวแปรรบกวนมากอาจเห็นผลที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ไม่ชัดเจน
6	ท่านนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน	ฉันนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน	frequency	
7	ท่านรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มที่	ฉันรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มอิ่ม	frequency	
8	ท่านรู้สึกง่วงนอนในตอนกลางวัน	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
9	ท่านตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ	ฉันตื่นนอนเช้ากว่าปกติ	frequency	-
10	ปัญหาในการนอนของท่านส่งผลเสียต่อการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันมากน้อยเพียงใด	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
11	ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักๆแล้วก็ยังรู้สึกไม่ค่อยอิ่ม	ฉันรับประทานอาหารมื้อหลักแล้วยังไม่รู้สึกอิ่ม	frequency	**ข้อคำถามเพิ่มเติม** : ฉันเพิ่มจำนวนจานของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ
12	ท่านรู้สึกหิวบ่อย	ฉันรู้สึกหิวในช่วงระหว่างมื้ออาหาร	frequency	-
13	ท่านอยากรับประทานขนมหวานๆ มาก	ฉันอยากรับประทานของหวาน	frequency	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
14	ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	frequency	-
15	ท่านรู้สึกรับรสชาติของอาหารได้ดีขึ้น	ฉันรู้สึกว่าอาหารอร่อยถูกปาก	frequency	-
16	ท่านรู้สึกหงุดหงิด	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	frequency	-
17	ท่านรู้สึกโกรธง่าย	ฉันรู้สึกโกรธง่าย	frequency	-
18	ท่านรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย	ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย	frequency	-
19	ท่านเคยลืมตัวระบายอารมณ์กับคนรอบข้าง	ฉันเคยลืมตัวระบายอารมณ์กับคนรอบข้าง	frequency	-
20	ท่านรู้สึกไม่อดทนต่อสิ่งต่างๆที่มากระทบจิตใจ	ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	frequency	-
21	ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย	ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย	evaluation	-
22	ท่านวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ	ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ	evaluation	-
23	ท่านวิตกกังวลว่าอาจเกิดอาการแทรกซ้อนหรืออาการถอนนิโคตินจากการเลิกบุหรี่	ฉันวิตกกังวลว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเลิกสูบบุหรี่	evaluation	-
24	ท่านวิตกกังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น	ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	evaluation	-
25	ท่านวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลเสียต่อโรคประจำตัว	ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ	evaluation	
26	ท่านรู้สึกซึมเศร้า	ฉันรู้สึกเศร้าซึม	frequency	-
27	ท่านรู้สึกตึงเครียด	ฉันรู้สึกตึงเครียด	frequency	-
28	ท่านรู้สึกทุกข์ใจเหมือนมีบางอย่างขาดหายไป	ฉันรู้สึกเหงาเมื่อไม่มีบุหรี่อยู่ในมือ	frequency	-
29	ท่านรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	frequency	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
30	ท่านรู้สึกใจเย็นและสงบ	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
31	ท่านรู้สึกมีกำลังใจเต็มเปี่ยม	ฉันมีกำลังใจเต็มเปี่ยมที่จะเลิกสูบบุหรี่	frequency	-
32	ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	frequency	-
33	ท่านรู้สึกเซ็งและเบื่อ	ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ	frequency	-
34	ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	frequency	-
35	ท่านรู้สึกเหนื่อยใจ	ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ	frequency	-
36	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม	frequency	-
37	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ	frequency	-
38	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านมีความระมัดระวังในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันน้อยกว่าเดิม	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันมีความระมัดระวังน้อยลงกว่าเดิมในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน	frequency	-
39	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดีเท่าที่ควร	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันผิดพลาดมากขึ้น	frequency	-
40	ท่านรู้สึกขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ	ฉันขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ	frequency	-
41	ความคิดไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง	ฉันรู้สึกว่าความคิดของฉันไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง	frequency	-
42	ท่านขาดความมั่นใจในการคิดและตัดสินปัญหา	ฉันขาดความมั่นใจในการคิดและแก้ไขปัญหา	frequency	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
43	ท่านมักจะหลงลืม	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
44	ท่านรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า	ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว	evaluation	-
45	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เลิกบุหรี่	ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	evaluation	
46	ท่านรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง	ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง	evaluation	
47	ท่านรู้สึกนับถือตนเอง	ฉันรู้สึกนับถือตนเอง	evaluation	
48	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก	ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง	evaluation	
49	สามี/ภรรยา/ลูกหลานชื่นชมในตัวท่าน	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
50	การสูบบุหรี่ช่วยให้ท่านมีบุคลิกภาพดีขึ้น	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีบุคลิกภาพที่ดี	agreement	
51	การที่ไม่สูบบุหรี่ทำให้ท่านสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
52	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์การไม่สูบบุหรี่	การสูบบุหรี่ทำให้ฉันดูดีในสายตาคนรอบข้าง	agreement	-
53	การเลิกบุหรี่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นจึงทำให้รูปร่างไม่เป็นที่ดึงดูดใจ	การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวทำให้รูปร่างของฉันดูดี	agreement	-
54	การเลิกบุหรี่จะช่วยท่านมีร่างกายและลมหายใจสะอาดและสดชื่นขึ้น	ฉันรู้สึกว่าหน้าตาและเนื้อตัวของฉันสะอาดเป็นที่ยอมรับของสังคม	agreement	-
55	ท่านอยากอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน	ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน	frequency	-
56	ท่านรู้สึกว่าเข้าได้ดีกับเพื่อนฝูง	ฉันสามารถเข้ากันได้ดีกับเพื่อนฝูง	frequency	-
57	ท่านพยายามหลีกเลี่ยงงานสังคมหรืองานสังสรรค์ที่มีการดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่	ฉันไม่ไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์	frequency	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
58	ท่านต้องใช้ความพยายามในการหักห้ามใจตนเองอย่างมากเมื่อเข้าไปอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่	ฉันต้องพยายามหักห้ามใจตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่เมื่อพบเห็นหรือพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่	frequency	**ข้อคำถามเพิ่มเติม** : ฉันรู้สึกอึดอัดลำบากใจเมื่ออยู่ในโรงภาพยนตร์ห้องสมุดหรือบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่
59	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติที่ท่านทำร่วมกับครอบครัว บ่อยครั้งแค่ไหน	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ(ครอบครัว)(เพื่อนฝูง)	frequency	ควรแยกข้อคำถามเป็น 2 ข้อ ระหว่างครอบครัวและเพื่อนฝูง
60	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติที่ท่านทำร่วมกับครอบครัว เพื่อนฝูง มากน้อยเพียงใด	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ(ครอบครัว)(เพื่อนฝูง)	evaluation	ควรแยกข้อคำถามเป็น 2 ข้อ ระหว่างครอบครัวและเพื่อนฝูง
61	ท่านพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัว และ เพื่อนฝูง มากน้อยเพียงใด	ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ(สมาชิกในครอบครัว)(เพื่อนฝูง)	evaluation	ควรแยกข้อคำถามเป็น 2 ข้อ ระหว่างครอบครัวและเพื่อนฝูง
62	ท่านรู้สึกกระหายอยากสูบบุหรี่เป็นอันมาก	ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก	frequency	-
63	ท่านหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่	ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่	frequency	-
64	ท่านรู้สึกทรมานใจจากความอยากบุหรี่	ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่	frequency	-
65	ท่านสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่	ฉันสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่	frequency (agreement)	-
66	ท่านมีอาการไอเกิดขึ้น	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
67	ท่านมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนเกิดขึ้น	ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียน	frequency	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
68	ท่านมีอาการเจ็บคอ	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
69	ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย	ฉันมีอาการอ่อนเพลีย	frequency	-
70	ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา	ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา	evaluation	-
71	การใช้ยาเลิกบุหรี่(เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง)จะทำให้ท่านเสียบุคลิกภาพมากกว่าการกินยาเม็ด	ฉันรู้สึกว่ายาที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ	evaluation	-
72	เวลาที่ต้องไปทำงานหรือเดินทางไกลทำให้ไม่สะดวกที่จะพกยาไปด้วย	ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน	evaluation	-
73	ยาที่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก ต้องมีเทคนิคในการใช้ทำให้ท่านเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง	ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก	evaluation	-
74	ท่านมีความกลัวว่าถ้าใช้ยาไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา	ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา	evaluation	-
75	ท่านมีความเชื่อว่าถ้าได้ใช้ยาท่านจะสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	ฉันเชื่อว่ายาที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	evaluation	-
76	หากท่านต้องใช้ยาตั้งแต่สองตัวร่วมกันแล้วยาบางตัวต้องปรับขนาดเพิ่มเมื่อครบกำหนดและยาบางตัวต้องปรับขนาดลดลงจะทำให้ท่านเกิดความสับสนในการใช้ยา	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
77	หากต้องใช้ยาวันละหลายๆครั้งท่านรู้สึกว่าเป็นภาระมาก	ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง	evaluation	-
78	ท่านมีความเชื่อว่าการใช้ยาจะทำให้ท่านสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต	ฉันเชื่อว่ายาที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต	evaluation	-
79	เวลาที่ต้องอยู่ในสังคมทำให้ท่านไม่สะดวกใจที่จะใช้ยาเนื่องจากจะถูกสังคมมองว่าเป็นโรค	-	-	ไม่ผ่านความตรงทางเนื้อหา
80	ท่านเกิดอาการปวดศีรษะ	ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยา	frequency	-
81	ท่านเกิดอาการท้องผูก	ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยา	frequency	-
82	ท่านรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้ง	ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยา	frequency	-
83	ท่านรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรง	ฉันรู้สึกใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยา	frequency	-
84	ท่านรู้สึกคลื่นไส้หรืออาเจียน	ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยา	frequency	-
85	ท่านรู้สึกเจ็บยอดอกหรือปวดแสบหรือไม่สบายท้อง	ฉันมีอาการแสบยอดอกหรือไม่สบายท้องจากการใช้ยา	frequency	-
86	ท่านรู้สึกว่านอนไม่หลับ	ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยา	frequency	**ข้อคำถามเพิ่มเติม** : ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยา
87	ท่านคิดว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของท่านมากน้อยเพียงใด	อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน	evaluation (frequency)	-
88	ท่านเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่แปะแผ่นยา	ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา	evaluation	-

ตารางที่ 10 ผลการปรับปรุงการใช้ภาษา การเปลี่ยนแปลงการใช้ตัวเลือก คำแนะนำและข้อคำถามเพิ่มเติมในแต่ละด้านจากผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหาของข้อคำถามเดิม	เนื้อหาของข้อคำถามหลังการปรับปรุง	ตัวเลือกที่แนะนำ*	คำแนะนำหรือข้อคำถามเพิ่มเติม
89	ท่านรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่แปะแผ่นยา	ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา	evaluation	-
90	ท่านรู้สึกปวดเมื่อยกราม	ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	frequency	-
91	ท่านเกิดอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	frequency	-
92	ท่านเกิดอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	frequency	-
93	ท่านเกิดแผลในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง	frequency	-
94	ท่านคิดว่าโดยรวมแล้วสุขภาพกายและใจ ของท่านจัดอยู่ในระดับใด	โดยรวมแล้วสุขภาพด้านร่างกายของฉันจัดอยู่ในระดับ โดยรวมแล้วสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันจัดอยู่ในระดับ	evaluation	แยกข้อคำถามเป็น 2 ข้อ ระหว่างสุขภาพด้านร่างกาย และ สุขภาพจิตใจและอารมณ์
95	ท่านพึงพอใจต่อ สุขภาพกายและใจ ของท่านในระดับใด	ฉันพอใจต่อสุขภาพด้านร่างกายของฉันในระดับ ฉันพอใจต่อสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันในระดับ	evaluation	แยกข้อคำถามเป็น 2 ข้อ ระหว่างสุขภาพด้านร่างกาย และ สุขภาพจิตใจและอารมณ์

หมายเหตุ * ตัวเลือกในวงเล็บ คือ ตัวเลือกอื่นที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำแต่ไม่ได้ใช้จริงในเครื่องมือ

ตัวเลือกแบบ frequency = ประเมินความบ่อย คือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา

ตัวเลือกแบบ evaluation = ประเมินความมากน้อย คือ 1=ไม่เลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก

ตัวเลือกแบบ agreement = ประเมินความคิดเห็น คือ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=ไม่แน่ใจ, 4=เห็นด้วย, 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนที่ 3: การทดสอบเครื่องมือ

3.1 การทดสอบขั้นต้น

วัตถุประสงค์

การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นเพื่อตรวจสอบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้เครื่องมือประเมินจริง เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตอบข้อคำถาม การเรียงลำดับของข้อคำถาม ความเข้าใจต่อคำพูดหรือการใช้ภาษาหรือความชัดเจนในแต่ละข้อคำถาม ความยากง่ายในการทำความเข้าใจ และเวลาที่ใช้ในการตอบข้อคำถามในเครื่องมือ

วิธีดำเนินการ

การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นเป็นการนำเครื่องมือที่ได้ผ่านการปรับปรุงจากขั้นตอนที่ 2 มาทดสอบการใช้ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเล็กจำนวน 20 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อคำถามในเครื่องมือพร้อมกับบันทึกเวลาที่ใช้ในการตอบ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอธิบายด้วยคำพูดของตนเองว่าเข้าใจแต่ละข้อคำถามว่าอย่างไร ข้อคำถามมีความชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายหรือไม่ มีข้อความที่ใช้คำฟุ่มเฟือยหรือทำให้เกิดความลำบากใจในการตอบหรือไม่ และข้อเสนอแนะอื่นๆเกี่ยวกับเครื่องมือ นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงข้อคำถาม และ/หรือปรับปรุงคำแนะนำในการกรอกข้อมูลและตอบข้อคำถามก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบจริงต่อไป

ผลการวิจัย

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยที่ได้จากการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ (1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้ที่เข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือ (2) ผลจากการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น

(1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพ

การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นดำเนินการในผู้ที่มารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ จำนวน 20 คน สำหรับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยและเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพและเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น 20 คน

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	18	90.0
	หญิง	2	10.0
อายุ*	20-29 ปี	2	10.0
	30-39 ปี	7	35.0
	40-49 ปี	1	5.0
	50-59 ปี	6	30.0
	60-69 ปี	3	15.0
	≥ 70 ปี	1	5.0
สถานภาพสมรส	โสด	6	30.0
	สมรส	14	70.0
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	ประถมศึกษา	7	35.0
	มัธยมต้น	3	15.0
	มัธยมปลาย/ปวช.	3	15.0
	อนุปริญญา/ปวส.	2	10.0
	ปริญญาตรี	5	25.0
อาชีพ	รับจ้าง	5	25.0
	ค้าขายหรือทำธุรกิจ	7	35.0
	รับราชการ	3	15.0
	อื่นๆ[a]	5	25.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่มีรายได้ประจำ	2	10.0
	น้อยกว่า 5,000 บาท	3	15.0
	5,001-10,000 บาท	6	30.0
	10,001-20,000 บาท	6	30.0
	20,001-30,000 บาท	3	15.0
สิทธิการรักษาพยาบาล	เบิกต้นสังกัด	6	30.0
	ประกันสังคม	2	10.0
	ประกันสุขภาพ	1	5.0
	ประกันชีวิต	1	5.0
	จ่ายเอง	10	50.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพและเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น 20 คน (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาวะการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	ผู้ที่สูบบุหรี่	13	65.0
	ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่	7	35.0
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่** (ปี)	≤ 10 ปี	3	15.0
	11-20 ปี	7	35.0
	21-30 ปี	3	15.0
	31-40 ปี	4	20.0
	41-50 ปี	2	10.0
	≥ 51 ปี	1	5.0
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวนต่อวัน)	น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	6	30.0
	11-20 มวนต่อวัน	10	50.0
	21-30 มวนต่อวัน	1	5.0
	31-40 มวนต่อวัน	3	15.0
การประเมินระดับการติดสารนิโคติน (FTND)	ระดับต่ำมาก	3	15.0
	ระดับต่ำ	3	15.0
	ระดับปานกลาง	10	50.0
	ระดับสูง	2	10.0
	ระดับสูงมาก	2	10.0
การประเมินปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่	ภาวะเสพติดนิโคติน	3	15.0
	ภาวะเสพติดทางจิตใจ	7	35.0
	ภาวะเสพติดทางสังคม	1	5.0
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับจิตใจ	3	15.0
	ภาวะเสพติดทางจิตใจร่วมกับสังคม	2	10.0
	ทั้งสามปัจจัยร่วมกัน	4	20.0
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ (ครั้ง) (กลุ่มที่สูบบุหรี่)	≤ 5 ครั้ง	11	84.6
	6-10 ครั้ง	2	15.4
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (กลุ่มที่สูบบุหรี่)	น้อยกว่า 1 วัน	1	7.7
	1-7 วัน	5	38.4
	1-2 สัปดาห์	1	7.7
	>2-4 สัปดาห์	1	7.7

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพและเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น 20 คน (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (กลุ่มที่สูบบุหรี่) (ต่อ)	>1-3 เดือน	2	15.4
	มากกว่า 1 ปี	3	23.1
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	1-7 วัน	4	57.1
	1-2 สัปดาห์	-	-
	>2-4 สัปดาห์	2	28.6
	>1-3 เดือน	1	14.3
ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่	น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	2	10.0
	ยา bupropion	9	45.0
	ยา bupropion ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	2	10.0
	ไม่ได้รับยา	7	35.0
โรคประจำตัว	ไม่มี	10	50.0
	มี[b]	10	50.0
ยาหรือสมุนไพรที่ใช้เป็นประจำ	ไม่มี	11	55.0
	มี[c]	9	45.0
วิธีการตอบคำถามในเครื่องมือ	อ่านแล้วตอบด้วยตนเอง	13	65.0
	ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วตอบ	7	35.0
เวลาที่ใช้ตอบคำถาม (ส่วนที่ 1) $^{\beta}$	$\leq$ 10 นาที	3	15.0
	11-15 นาที	7	35.0
	16-20 นาที	5	25.0
	21-30 นาที	4	20.0
	$\geq$ 31 นาที	1	5.0
เวลาที่ใช้ตอบคำถาม (ส่วนที่ 2) $^{\phi}$	$\leq$ 5 นาที	6	75.0
	5-10 นาที	2	25.0

* คือ อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) เท่ากับ 46.2 $\pm$15.0 ปี อายุต่ำที่สุด คือ 22 ปี และอายุสูงที่สุด คือ 74 ปี, มัธยฐาน 45.0 ปี, ฐานนิยม 35.0 ปี

**คือ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) เท่ากับ 25.8 $\pm$14.8 ปี ระยะเวลาน้อยที่สุด คือ 3 ปี และระยะเวลาสูงที่สุด คือ 52 ปี, มัธยฐาน 23.0 ปี, ฐานนิยม 17.0 ปี

β คือ เวลาเฉลี่ยที่ใช้ตอบคำถาม (ส่วนที่ 1) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) เท่ากับ 18.5 $\pm$ 6.8 นาที เวลาน้อยที่สุด คือ 8 นาที และเวลามากที่สุด คือ 35 นาที, มัธยฐาน 16.0 นาที, ฐานนิยม 15.0 นาที

(ผู้ตอบทั้งหมด 20 คน)

ϕ คือ เวลาที่เฉลี่ยใช้ตอบคำถาม (ส่วนที่ 2) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± SD) เท่ากับ 4.4 ± 1.9 นาที เวลาน้อยที่สุด คือ 2 นาที และเวลามากที่สุด คือ 7 นาที, มัธยฐาน 4.0 นาที, ฐานนิยม 3.0 นาที (ผู้ตอบทั้งหมด 8 คนเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่)

a คือ อาชีพอื่นๆ ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ 2 คน (ร้อยละ 10.0) แม่บ้าน 1 คน (ร้อยละ 5.0) นักศึกษา 1 คน (ร้อยละ 5.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 คน (ร้อยละ 5.0)

b คือ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 คน (ร้อยละ 5.0) โรคภูมิแพ้ 2 คน (ร้อยละ 10.0) โรคข้อและกระดูก 1 คน (ร้อยละ 5.0) โรคความดันโลหิตสูง 3 คน (ร้อยละ 15.0) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน 1 คน (ร้อยละ 5.0) โรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง 1 คน (ร้อยละ 5.0) โรคเบาหวานและกระเพาะอาหารอักเสบ 1 คน (ร้อยละ 5.0)

c คือ ยาอมใต้ลิ้น 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาแก้แพ้ 2 คน (ร้อยละ 10.0) ยาแก้ปวดแก้อักเสบ 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาลดความดันโลหิต 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาลดความดันโลหิตและยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับยาลดระดับไขมันในเลือด 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับยารักษาโรคกระเพาะอาหาร 1 คน (ร้อยละ 5.0) ยาคลายเครียด 1 คน (ร้อยละ 5.0)

(2) ผลจากการทดสอบเครื่องมือขั้นต้น

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด 91 ข้อคำถามแบ่งการทดสอบเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (HRQoL aspect) จำนวน 68 ข้อคำถาม และส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (PTRQoL aspect) จำนวน 23 ข้อคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 20 คนมีความเข้าใจวิธีการตอบคำถามในเครื่องมือ แต่มีบางคนที่กากบาททับตัวเลขที่เลือกแทนการวงกลมตามคำสั่งซึ่งไม่มีผลต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ อย่างไรก็ตามมีผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 คนที่บอกว่าไม่สามารถแยกระดับของตัวเลือกแบบประเมินความบ่อย (1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา) คือ ไม่ทราบว่าตัวเลือกระหว่าง นานๆครั้ง กับ บางครั้งตัวเลือกใดมีความบ่อยมากกว่ากัน แต่เมื่อดูตัวเลขประกอบ คือ 2=นานๆครั้ง และ 3=บางครั้ง ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถประเมินได้ว่าตัวเลือก ‘บางครั้ง’ มีความบ่อยมากกว่า ‘นานๆครั้ง’ ส่วนตัวเลือกแบบอื่นผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถทำความเข้าใจได้ดี ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 คนต้องตอบคำถามในเครื่องมือส่วนที่ 1 แต่ในเครื่องมือส่วนที่ 2 ตอบเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และมีผู้ตอบคำถามเพียง 8 คนเท่านั้นเนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยอีก 5 คนเพิ่งได้รับยาเป็นครั้งแรก โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบคำถามส่วนที่ 1 ประมาณ 15 นาที รองลงมาคือ 20 นาที และ 25 นาที ตามลำดับ (เวลาเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ใช้ตอบคำถามส่วนนี้คือ 18.5 ± 6.8 นาที) และผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบคำถามส่วนที่ 2

ประมาณ 3 นาที รองลงมาคือ 5 และ 7 นาที ตามลำดับ (เวลาเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ใช้ตอบคำถามส่วนนี้คือ 4.4 ± 1.9 นาที) โดยผู้ที่ใช้เวลาน้อยในการตอบคำถามมักเป็นกลุ่มผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและอายุยังน้อย ส่วนผู้ที่ใช้เวลานานในการตอบคำถามเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังนั้นควรพิจารณาลดข้อคำถามในเครื่องมือส่วนที่ 1 ลง เพื่อประหยัดเวลาในการตอบคำถามซึ่งจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการตอบคำถามให้มากขึ้น รวมทั้งควรปรับภาษาให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้นสำหรับผู้ที่มีการศึกษาไม่สูงมาก สำหรับการทดสอบความเข้าใจข้อคำถามในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมข้อคำถามจำนวน 5 ข้อคือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย 2 ข้อ ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ 2 ข้อ และด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา 1 ข้อ รวมเป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 96 ข้อ โดยแบ่งเป็นเครื่องมือส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 72 ข้อคำถาม และส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 24 ข้อคำถาม การปรับปรุงภาษาของข้อคำถามตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างและข้อคำถามเพิ่มเติมแสดงในตารางที่ 12 สำหรับการเรียงลำดับของข้อคำถามผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรมีการเรียงข้อคำถามเป็นหมวดหมู่ตามด้านต่างๆทำให้สามารถตอบคำถามได้ง่ายไม่สับสน นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะว่าข้อคำถามมากเกินไปทำให้ต้องใช้เวลานานในการตอบคำถาม สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่หลังผ่านการทดสอบขั้นต้นแสดงในภาคผนวก ฉ

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่าง ๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านความแข็งแรงของร่างกาย	
ฉันไม่มีกำลังวังชาในการทำกิจกรรมประจำวัน[a]	ฉันไม่มีกำลังวังชาในการทำกิจกรรมประจำวัน[a]
ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรง[a]	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ[a]
-	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น* [a]
-	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน* [a]
ด้านการนอนหลับ	
เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก[a]	เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก[a]
ฉันนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน[a]	ฉันนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน[a]
ฉันรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มอิ่ม[a]	ฉันรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มอิ่ม[a]
ฉันตื่นนอนเช้ากว่าปกติ[a]	ฉันตื่นนอนเช้ากว่าที่เคยเป็น[a]

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น (ต่อ)

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านความอยากอาหาร	
ฉันรับประทานอาหารมื้อหลักแล้วยังไม่รู้สึกอิ่ม[a]	ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณเท่าเดิมแล้วรู้สึกไม่อิ่ม[a]
ฉันรู้สึกหิวในช่วงระหว่างมื้ออาหาร[a]	ฉันรู้สึกหิวในช่วงระหว่างมื้ออาหาร[a]
ฉันอยากรับประทานของหวาน[a]	ฉันอยากรับประทานของหวาน[a]
ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร[a]	ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร[a]
ฉันรู้สึกว่าอาหารอร่อยถูกปาก[a]	ฉันรู้สึกรับรสชาติของอาหารได้ดี[a]
ฉันเพิ่มจำนวนจานของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ[a]	ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้เพิ่มขึ้น[a]
ด้านอารมณ์	
ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย[a]	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย[a]
ฉันรู้สึกโกรธง่าย[a]	ฉันรู้สึกโกรธง่าย[a]
ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย[a]	ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย[a]
ฉันเคยลืมตัวระบายอารมณ์กับคนรอบข้าง[a]	ฉันเคยลืมตัวระบายอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดกับคนรอบข้าง[a]
ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้[a]	ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของตนเองได้[a]
ด้านความวิตกกังวล	
ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย[b]	ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย[b]
ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ[b]	ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ[b]
ฉันวิตกกังวลว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเลิกสูบบุหรี่[b]	ฉันวิตกกังวลว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเลิกสูบบุหรี่[b]
ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น[b]	ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่[b]
ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ[b]	ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ[b]
ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ	
ฉันรู้สึกเศร้าซึม[a]	ฉันรู้สึกเศร้าซึม[a]
ฉันรู้สึกตึงเครียด[a]	ฉันรู้สึกตึงเครียด[a]
ฉันรู้สึกเหงาเมื่อไม่มีบุหรี่อยู่ในมือ[a]	ฉันรู้สึกเหงาเมื่อไม่มีบุหรี่อยู่ในมือ[a]
ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ[a]	ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ[a]
-	ฉันรู้สึกสบายใจและปลอดโปร่งใจ* [a]
-	ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง* [a]

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น (ต่อ)

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านความมีชีวิตชีวา	
ฉันมีกำลังใจเต็มเปี่ยมที่จะเลิกสูบบุหรี่[a]	ฉันมีพลังใจเต็มเปี่ยมที่จะเลิกสูบบุหรี่[a]
ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า[a]	ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า[a]
ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ[a]	ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ[a]
ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง[a]	ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง[a]
ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ[a]	ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ[a]
ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน	
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม[a]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ[a]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันมีความระมัดระวังน้อยลงกว่าเดิมในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันมีความระมัดระวังน้อยลงกว่าเดิมในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน[a]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันผิดพลาดมากขึ้น[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันผิดพลาดมากขึ้น[a]
ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ	
ฉันขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ[a]	ฉันขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ[a]
ฉันรู้สึกว่าความคิดของฉันไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง[a]	ฉันรู้สึกว่าความคิดของฉันไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง[a]
ฉันขาดความมั่นใจในการคิดและแก้ไขปัญหา[a]	ฉันขาดความมั่นใจในการคิดและแก้ไขปัญหา[a]
ด้านความพอใจในตนเอง	
ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว[b]	ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว[b]
ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง[b]	ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง[b]
ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง[b]	ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง[b]
ฉันรู้สึกนับถือตนเอง[b]	ฉันรู้สึกนับถือตนเอง[b]
ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง[b]	ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง[b]
ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ	
การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีบุคลิกภาพที่ดี[c]	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีบุคลิกภาพที่ดี[c]
การสูบบุหรี่ทำให้ฉันดูดีในสายตาคนรอบข้าง[c]	การสูบบุหรี่ทำให้ฉันดูโก้ เก๋ ในสายตาคนรอบข้าง[c]
การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวทำให้รูปร่างของฉันดูดี[c]	การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวทำให้รูปร่างของฉันดูดี[c]

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น (ต่อ)

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ (ต่อ)	
ฉันรู้สึกว่าหน้าตาและเนื้อตัวของฉันสะอาดเป็นที่ยอมรับของสังคม[c]	ฉันรู้สึกว่ากลิ่นลมหายใจและร่างกายของฉันสะอาดเป็นที่ยอมรับของสังคม[c]
ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	
ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน[a]	ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน[a]
ฉันสามารถเข้ากันได้ดีกับเพื่อนฝูง[a]	ฉันสามารถเข้ากับเพื่อนฝูงได้ดี[a]
ฉันไม่ไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์[a]	ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์[a]
ฉันต้องพยายามหักห้ามใจตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่เมื่อพบเห็นหรือพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่[a]	ฉันต้องพยายามหักห้ามใจตนเองอย่างมากที่จะไม่สูบบุหรี่เมื่อพบเห็นหรือพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่[a]
ฉันรู้สึกอึดอัดลำบากใจเมื่ออยู่ในโรงภาพยนตร์ ห้องสมุดหรือบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่[a]	ฉันรู้สึกอึดอัด ลำบากใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มคนหรือเข้าไปในสถานที่ซึ่งห้ามสูบบุหรี่[a]
ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม	
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว** [a]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[a]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[a]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[b]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[b]
ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[b]	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[b]
ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**[b]	ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**[b]
ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ**เพื่อนฝูง**[b]	ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ**เพื่อนฝูง**[b]
ด้านอาการอยากสูบบุหรี่	
ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก[a]	ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก[a]
ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่[a]	ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่[a]
ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่[a]	ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ[a]
ฉันสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่[a]	ฉันสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่[a]

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น (ต่อ)

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่	
ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียน [a]	ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ[a]
ฉันมีอาการอ่อนเพลีย[a]	ฉันมีอาการอ่อนเพลีย[a]
ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา	
ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา[b]	ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่[b]
ฉันรู้สึกว่ายาที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ[b]	ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ[b]
ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน[b]	ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน[b]
ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก[b]	ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก[b]
ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา[b]	ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา[b]
ฉันเชื่อว่ายาที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ[b]	ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ[b]
ฉันรู้สึกว่ายาที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง[b]	ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง[b]
ฉันเชื่อว่ายาที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต[b]	ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต[b]
ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา	
ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยา[a]	ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยา[a]	ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยา[a]	ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันรู้สึกใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยา[a]	ฉันรู้สึกใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยา[a]	ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันมีอาการแสบยอดอกหรือไม่สบายท้องจากการใช้ยา[a]	ฉันมีอาการปวดแสบยอดอก(บริเวณลิ้นปี่)หรือไม่สบายท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยา[a]	ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]
ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยา[a]	ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]

ตารางที่ 12 สรุปผลการปรับปรุงข้อคำถามในด้านต่างๆหลังผ่านการทดสอบขั้นต้น (ต่อ)

ข้อคำถามก่อนการทดสอบขั้นต้น	ข้อคำถามหลังการทดสอบขั้นต้น
ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา (ต่อ)	
-	ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่* [a]
อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน[b]	อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน[b]
ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ	
ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา[b]	ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา[b]
ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา[b]	ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา[b]
ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง[a]	ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน[a]
ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง[a]	ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน[a]
ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง[a]	ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน[a]
ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง[a]	ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน[a]
ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม	
โดยรวมแล้วสุขภาพด้านร่างกายของฉันจัดอยู่ในระดับ[b]	โดยรวมแล้วสุขภาพด้านร่างกายของฉันจัดอยู่ในระดับ[b]
โดยรวมแล้วสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันจัดอยู่ในระดับ[b]	โดยรวมแล้วสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันจัดอยู่ในระดับ[b]
ด้านความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม	
ฉันพอใจต่อสุขภาพด้านร่างกายของฉันในระดับ[b]	ฉันพอใจต่อสุขภาพด้านร่างกายของฉันในระดับ[b]
ฉันพอใจต่อสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันในระดับ[b]	ฉันพอใจต่อสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันในระดับ[b]

หมายเหตุ

ข้อคำถามช่องที่แรเงา คือ ข้อคำถามที่มีการเปลี่ยนแปลงภาษาที่ใช้

* = ข้อคำถามเพิ่มเติมหลังการทดสอบข้างต้น

a = ตัวเลือกแบบประเมินความบ่อย คือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา

b = ตัวเลือกแบบประเมินความมากน้อย คือ 1=ไม่เลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก

c = ตัวเลือกแบบประเมินความคิดเห็น คือ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=ไม่แน่ใจ, 4=เห็นด้วย, 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.2 การทดสอบจริงในกลุ่มตัวอย่าง

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบคุณสมบัติความเที่ยง (reliability) ความตรงทางโครงสร้าง (construct validity) และการจัดกลุ่มข้อคำถาม (explore the subscale/factor structure) รวมทั้งการตัดข้อคำถาม (item reduction) ของเครื่องมือ

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

(1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่แล้ว ดังนั้นสามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามแหล่งเก็บข้อมูลได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ 1) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน (short-term abstinence) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล 2) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป (long-term abstinence) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ที่สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 3) กลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลาต่างๆกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา ร้านยา หน่วยงานราชการและเอกชนหรือบุคคลทั่วไปที่ยินยอมให้เก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ที่มีคุณสมบัติครบดังเกณฑ์ต่อไปนี้จะได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย

- มีเชื้อชาติไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- สามารถระบุภาวะของการสูบบุหรี่ของตนเองได้ว่าปัจจุบันเป็นผู้ที่สูบบุหรี่หรือเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่
- รับทราบรายละเอียดของการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย

ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้จะถูกคัดออกจากการวิจัย

- ผู้ที่ได้รับยาในการรักษาโรคทางจิตเวช
- ผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดในปัจจุบันหรือก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมการวิจัย 1 ปี
- ผู้ที่อยู่ในสภาพซึ่งไม่สามารถรับรู้หรือให้ข้อมูลได้
- ผู้ที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
- ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

(2) การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (exploratory factor analysis; EFA) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ดังนั้นจึงต้องกำหนดขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ Comrey (1973) ได้เสนอหลักโดยทั่วไปของการกำหนดขนาดตัวอย่างไว้ดังนี้ ขนาดตัวอย่าง 100 คน ถือว่า น้อย (poor), ขนาดตัวอย่าง 200 คน ถือว่า พอใช้ (fair), ขนาดตัวอย่าง 300 คน ถือว่า ดี (good), ขนาดตัวอย่าง 500 คน ถือว่า ดีมาก (very good), ขนาดตัวอย่าง 1,000 คน ถือว่า ยอดเยี่ยม (excellent) Tinsley และ Tinsley (1987) และ Hatcher (1994) ได้เสนอขนาดตัวอย่างต่ำที่สุดที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์คือ 100 คนขึ้นไป หรือคิดเป็นจำนวน 5-10 เท่า ของจำนวนข้อคำถาม Guadagnoli และ Velicer (1988) ได้เสนอการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบจากขนาดของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) และจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ต่อหนึ่งด้านดังนี้ ถ้าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่า 0.80 ขึ้นไปไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ในหนึ่งด้าน นั่นคือ จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คนก็เพียงพอ ถ้าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าอยู่ในช่วง 0.60 ต้องการขนาดตัวอย่างประมาณ 150 คนขึ้นไปหรือสามารถมีขนาดตัวอย่างน้อยกว่านี้ได้ถ้ามีจำนวนข้อคำถามอย่างน้อย 4 ข้อในแต่ละด้านที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป ถ้าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าอยู่ในช่วง 0.40 และมีจำนวนข้อคำถามตั้งแต่ 10 ข้อขึ้นไปในแต่ละด้านจะต้องการขนาดตัวอย่างประมาณ 150 คนขึ้นไป แต่ถ้ามีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่า 10 ข้อในแต่ละด้านจะต้องการขนาดตัวอย่าง 300-400 คน การวิจัยนี้กำหนดขนาดตัวอย่างตามวิธีการที่เสนอข้างต้นซึ่งจะได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 500 คนขึ้นไป จึงจะทำให้การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ผลดี โดยขนาดตัวอย่างต่ำสุดที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์คือ 100 คนขึ้นไป โดยพิจารณาร่วมกับค่าน้ำหนักองค์ประกอบและจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ต่อหนึ่งด้าน

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการติดต่อทางไปรษณีย์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบประมาณ 500 คน แบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างจากคลินิกเลิกบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลรวมทั้งโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคกำหนดไว้ประมาณ 200 คน กลุ่มบุคลากรในหน่วยงานต่างๆและบุคคลทั่วไปกำหนดไว้ประมาณ 100 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างจากการส่งเครื่องมือวัดทางไปรษณีย์กำหนดไว้ประมาณ 200 คน และคาดว่าอัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ 40 ดังนั้นต้องจัดส่งเครื่องมือวัดทางไปรษณีย์ทั้งหมด 500 ชุด (200/0.4)

(3) วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional method) โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.

2547 รวมระยะเวลา 5 เดือน การวิจัยนี้มีการสุ่มเลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenient sampling) โดยอาศัยความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นหลัก สถานที่ดำเนินการวิจัยได้แก่ คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งโรงพยาบาลต่างๆในส่วนภูมิภาค สถาบันการศึกษา ร้านยา หน่วยงานราชการและเอกชน หรือบุคคลทั่วไปที่ยินยอมให้เก็บข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1) โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลรวมทั้งโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่ยินยอมให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาล 3 แห่งคือ หน่วยโรคปอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชวิถี และฝ่ายสุขศึกษา โรงพยาบาลภูมิพล ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆ และโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคมีผู้ประสานงานที่เป็นพยาบาลที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ทำหน้าที่ดำเนินการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลส่งกลับมายังผู้วิจัย โดยแหล่งเก็บข้อมูลได้รับหนังสือชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ประสานงานมีหน้าที่ในการดูแลการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลส่งกลับมายังผู้วิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

2) ผู้ที่เคยเข้ารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ ณ.สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 จำนวนทั้งสิ้น 500 ราย ผู้วิจัยติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากนั้นจัดส่งจดหมายชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบคำถามและเครื่องมือวัดพร้อมกับแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพทางไปรษณีย์ให้ผู้รับตอบแล้วส่งกลับ โดยดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547

3) สถาบันการศึกษา ร้านยา หน่วยงานราชการและเอกชนหรือบุคคลทั่วไปที่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยและ/หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากการตอบคำถามในเครื่องมือจะถูกเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นและนำเสนอผลการวิจัยโดยรวมและไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามเป็นหลักฐานในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) สำหรับเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแสดงในภาคผนวก ช และ ซ

สำหรับขั้นตอนของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังรูปที่ 5

รูปที่ 5 ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

หมายเหตุ

1) สำหรับการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง หรือ พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่ หรือ เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัย ผู้เก็บข้อมูลทำหน้าที่ในการสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อคำถามในเครื่องมือด้วยตนเองหรือผู้เก็บข้อมูลอ่านให้ฟัง (สัมภาษณ์) ถ้าไม่สามารถอ่านด้วยตนเอง จากนั้นผู้เก็บข้อมูลสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

2) สำหรับการเก็บข้อมูลโดยส่งทางไปรษณีย์ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพรวมทั้งตอบข้อคำถามในเครื่องมือและกรอกแบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือด้วยตนเอง

3) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

(4) การวิเคราะห์ทางสถิติในการทดสอบเครื่องมือ

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science (SPSS version 11.5) การทดสอบทางสถิติใดๆ กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 สำหรับการจัดการกับข้อมูลที่หายไป (missing data) ในการวิเคราะห์องค์ประกอบการวิเคราะห์ข้อคำถาม การทดสอบความแตกต่างโดย independent samples t-test หรือ Mann-Whitney U Test ใช้วิธี exclude case listwise ในทุกสถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ ทำการวิเคราะห์เฉพาะ case ที่มีค่าของทุกตัวแปร

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่แบ่งการทดสอบเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 72 ข้อคำถาม (HRQoL aspect; ข้อคำถามที่ 1-72) ทำการทดสอบความตรงโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบและ known group validity และทดสอบความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ข้อคำถาม สำหรับวิธีการคัดเลือกหรือตัดข้อคำถามจะพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามในแต่ละด้านร่วมกับการวิเคราะห์ข้อคำถาม ส่วนเครื่องมือในส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 24 ข้อคำถาม (PTRQoL aspect; ข้อคำถามที่ 73-96) ทำการทดสอบความตรงโดยวิธี known group validity และทดสอบความเที่ยงรวมทั้งการคัดเลือกหรือตัดข้อคำถามโดยการวิเคราะห์ข้อคำถาม

สถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ความถี่และร้อยละของการเลือกตัวเลือกในแต่ละข้อคำถาม (item frequency) เพื่อดูจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละข้อคำถาม (% ceiling) และจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดในแต่ละข้อคำถาม (% floor) รวมทั้งจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดและต่ำสุดในแต่ละด้าน

การวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (exploratory factor analysis) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (construct validity) วิธีการนี้เหมาะสำหรับเครื่องมือวัดที่ประกอบด้วยหลายด้าน (multidimensional scale) ที่มีข้อคำถามจำนวนมากและไม่ทราบการจัดกลุ่มของข้อคำถาม วิธีการนี้จะทำการวิเคราะห์จัดกลุ่มของข้อคำถามและเรียกกลุ่มเหล่านั้นว่า องค์ประกอบหรือด้าน

หรือมิติ (factor/subscale/dimension) ทำให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยข้อคำถามที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก ความสัมพันธ์อาจอยู่ในทิศทางเดียวกัน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก) หรืออยู่ในทิศทางตรงกันข้าม (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ) แต่ข้อคำถามที่อยู่ต่างองค์ประกอบกันจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก

สำหรับขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์องค์ประกอบคือ การพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (factorability of the data) โดยพิจารณาว่าตัวแปร (ข้อคำถาม) เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบจะได้ผลดีเมื่อตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กันสูง ถ้าสัมพันธ์กันน้อยอาจไม่มีองค์ประกอบร่วมกัน โดยพิจารณาจากค่าเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix; Pearson correlation) ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 ค่าสหสัมพันธ์ด้านเงาหรือค่าลบของค่าสัมประสิทธิ์เชิงส่วน [partial (anti-image) correlation matrix] ควรมีค่าใกล้เคียงศูนย์หรือติดลบ และค่าวัดความเพียงพอของการสุ่ม (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy; KMOMSA) รวมสำหรับทุกข้อคำถามควรมีค่าใกล้เคียง 1 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Tabachnick และ Fidell, 1996) โดยทั่วไปถ้าค่า KMOMSA ต่ำกว่า 0.50 แสดงว่าข้อมูลที่มีอยู่ไม่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546ก)

ขั้นตอนต่อมาคือ การประมาณค่าความร่วมกัน (communality estimation) ซึ่งค่าความร่วมกันเป็นค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปร (ข้อคำถาม) ที่สามารถอธิบายได้โดย common factor (factor ทั้งหมด) สำหรับค่าความร่วมกันเริ่มต้น (initial communality) คือค่า squared multiple correlation (SMC) ซึ่งเป็น multiple regression equation ระหว่างข้อคำถามที่สนใจ (ตัวแปรตาม) กับข้อคำถามอื่นๆที่มีอยู่ทั้งหมด (ตัวแปรอิสระ) โดยทั่วไปค่าความร่วมกันเริ่มต้นที่มากกว่า 0.62 ถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ค่าความร่วมกันเริ่มต้นจะถูกทำซ้ำ (iterative) ในขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบและค่าความร่วมกันสุดท้าย (final communality) ในแต่ละข้อคำถามจะเป็นค่า SMC ของข้อคำถามนั้นกับ common factor ที่ได้ (Tabachnick และ Fidell, 1996; Wongwiwatthananuki, Newton และ Popovich, 2002)

ขั้นตอนต่อมาคือ การกำหนดวิธีการสกัดองค์ประกอบ (determine method of factor extraction) การสกัดองค์ประกอบเป็นการหาจำนวน factor ที่สามารถใช้เป็นตัวแทนของตัวแปรทั้งหมดที่มีอยู่ โดย factor นั้นต้องอธิบายความแปรปรวนร่วม (common variance) ได้มากที่สุด การวิจัยนี้ใช้การสกัดองค์ประกอบโดยวิธีแกนหลัก (principal axis factoring) โดยใช้ค่า squared multiple correlation (SMC) เป็นค่าความร่วมกันเริ่มต้น สาเหตุที่เลือกใช้วิธีแกนหลัก

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้เป็นแบบสุ่มตามความสะดวกโดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นหลักโดยไม่ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างอิสระ (random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด ดังนั้นจึงเลือกใช้วิธีแกนหลักซึ่งเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงพรรณนา (descriptive factor analysis) เนื่องจากไม่ต้องมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่างนั่นคือ กลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Tabachnick และ Fidell, 1996) อย่างไรก็ตามเมื่อขนาดตัวอย่างมากพอคือตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป การวิเคราะห์องค์ประกอบสามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง (Gorsuch, 1983; Floyd และ Widaman, 1995)

สำหรับการตัดสินถึงจำนวนด้านที่ควรจะมีในเครื่องมือ (determine number of factor to be retained) พิจารณาจากข้อกำหนดหลายประการร่วมกันคือ 1) ค่า eigenvalue (Kaiser's criterion) cutoff of one เป็นค่าที่แสดงค่าความแปรปรวนทั้งหมดในตัวแปรเดิม (ข้อคำถาม) ที่สามารถอธิบายได้ด้วย factor เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคือพิจารณาด้านที่มีค่า eigenvalue มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ซึ่งแสดงว่าด้านนั้นสามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ดี และค่า eigenvalue ของด้านที่อยู่ติดกันควรมีต่างกันชัดเจนมากกว่า 0.20 2) แผนภาพ Cattell's scree test เป็นกราฟที่แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่า eigenvalue (แกน Y) กับจำนวนด้าน (แกน X) โดยเรียงลำดับค่า eigenvalue จากมากไปน้อย หากพบว่าจุดใดที่ค่า eigenvalue เริ่มจะมีความชันน้อยมากหรือค่อนข้างจะราบเรียบแล้วจำนวนด้านก่อนถึงจุดนั้นคือจำนวนด้านที่เหมาะสม 3) ค่า percentage of variance คือ ค่าร้อยละของความแปรปรวนร่วมที่กระจายไปในแต่ละ factor โดยอาจพิจารณาจำนวนด้านที่มีค่า percentage of variance มากที่สุดเรียงตามลำดับ โดยอาจพิจารณาจำนวนด้านทั้งหมดที่ให้ค่าความแปรปรวนร่วมมากกว่าร้อยละ 50 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด (total variance) 4) รูปแบบองค์ประกอบ (factor solution) หมายถึง จำนวนด้านที่มีความเหมาะสมที่สามารถจัดกลุ่มข้อคำถามในลักษณะของ simple structure คือ สามารถให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดและแสดงผลความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบได้ชัดเจน โดยข้อคำถามในด้านที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่สูงสุดควรมีค่าต่างจากด้านอื่นมากกว่า 0.20 และรูปแบบองค์ประกอบนั้นสามารถแปลผลได้ง่าย (Tabachnic และ Fidell, 1996; Reise, Waller และ Comrey, 2000; Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich, 2002)

หลังจากกำหนดจำนวนด้านที่ควรจะมีในเครื่องมือแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือ การหมุนแกนองค์ประกอบ (determine method of factor rotation) เนื่องจากผลจากการสกัดองค์ประกอบอาจยังไม่ได้รูปแบบองค์ประกอบ (factor pattern matrix, factor solution) ที่ชัดเจน การหมุนแกนองค์ประกอบเพื่อให้ได้รูปแบบองค์ประกอบที่เหมาะสม การหมุนแกนองค์ประกอบมี 2 แบบ

หลักคือ การหมุนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) เมื่อหมุนแล้วแกนองค์ประกอบจะเป็นอิสระต่อกัน และการหมุนแบบมุมแหลม (oblique rotation) ซึ่งหมุนแล้วแกนองค์ประกอบจะเป็นไม่เป็นอิสระต่อกันหรือมีความสัมพันธ์กัน การเลือกใช้จะขึ้นอยู่กับทฤษฎีหรือโครงสร้างที่ต้องการวิเคราะห์ การวิจัยนี้เลือกใช้การหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมแหลมชนิด promax เนื่องจากองค์ประกอบหรือด้านต่างๆของคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน สำหรับหลักการในการคัดเลือกข้อคำถามในแต่ละด้านจะพิจารณาจาก (1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามในแต่ละด้านมากกว่า 0.60 (2) รูปแบบองค์ประกอบที่สามารถสามารถจัดกลุ่มข้อคำถามในลักษณะของ simple structure (3) จำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านควรมีอย่างน้อย 3-4 ข้อ (Reise, Waller และ Comrey, 2000; Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich, 2002) การพิจาณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบอาจใช้เกณฑ์การพิจารณาของ Tabachnick และ Fidell (1996) ที่เสนอว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มากแสดงว่าข้อคำถามเป็นส่วนประกอบที่แท้จริงของด้าน ดังนั้นข้อคำถามควรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบประมาณ 0.32 ขึ้นไป และในด้านที่มีข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ข้อคำถามดังกล่าวควรมีค่าความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่างด้านนั้นกับด้านอื่นๆมากกว่าหรือเท่ากับ 0.20 สำหรับการพิจารณาว่าจำนวน factor ที่คงไว้นั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ใช้วิธีการ residual analysis โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของ residual correlation matrix ซึ่งเป็นค่าที่บอกความแตกต่างระหว่าง observed correlation coefficient เดิมกับ correlation coefficient ใหม่ที่ประมาณได้จาก factor model ที่เรียกว่า reproduced correlation matrix ค่าควรต่ำหรือติดลบเพื่อแสดงว่าจำนวน factor ที่คงไว้นั้นมีความเหมาะสม แต่ถ้าค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.10 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรนั้นอาจต้องการ factor อื่นนอกเหนือจากที่มีอยู่มาอธิบายแทน (Reise, Waller และ Comrey, 2000; Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich, 2002) หลังจากที่ได้รูปแบบองค์ประกอบที่เหมาะสมแล้วจะเป็นการกำหนดชื่อ (interpretation) ที่สามารถสื่อความหมายถึงคุณลักษณะที่ตัวแปร (ข้อคำถาม)ในแต่ละองค์ประกอบ (ด้าน) มีร่วมกัน จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) ต่อไป (Wongwiwatthananukit, Newton และ Popovich, 2002)

การวิเคราะห์ข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) เป็นการหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยพิจารณาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ประกอบไปด้วยการคำนวณค่า Cronbach's coefficient alpha รวมทุกด้านและในแต่ละด้าน, corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถาม และค่า Cronbach's coefficient alpha if deleted item ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อคำถามดำเนินการหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแล้ว ค่า coefficient alpha ที่มี

ความน่าเชื่อถือควรมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (Nunnally, 1978) ค่าที่น้อยกว่า 0.60 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ (unacceptable) ค่าที่อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 0.65 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่ไม่ต้องการ (undesirable) ค่าที่อยู่ระหว่าง 0.65 ถึง 0.70 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้เล็กน้อย (minimally acceptable) ค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.80 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้ (respectable) ค่าที่อยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก (very good) ค่าที่มากกว่า 0.90 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับที่ดีมากและสามารถพิจารณาลดจำนวนข้อคำถามลงได้ (Devellis, 1991) สำหรับค่า corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถามควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 (Nunnally และ Bernstein, 1994) สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถาม คือ (1) Cronbach's coefficient alpha ของแต่ละด้านควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (2) corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถามควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 (3) Cronbach's coefficient alpha ของข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้านโดยไม่รวมข้อคำถามที่พิจารณาอยู่ (alpha if item deleted) น้อยกว่า Cronbach's coefficient alpha โดยรวมของแต่ละด้าน หากข้อคำถามใดไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อจึงจะถูกตัดออกจากแต่ละด้านของเครื่องมือ

การตรวจสอบ known-group validity

การตรวจสอบ known-group validity เป็นการหาความตรงทางโครงสร้างอีกวิธีหนึ่ง หลักการของวิธี known-group validity คือ การพิจารณาความสามารถในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะที่ทราบอยู่แล้ว (Fayer และ Machin, 2000)

สำหรับเครื่องมือส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 72 ข้อคำถาม (HRQoL aspect; ข้อคำถามที่ 1-72) ทำการทดสอบหลังจากเครื่องมือผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์ข้อคำถามแล้ว โดยการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งตามภาวะของการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา $\geq$ 3 เดือน โดยมีสมมติฐานและสถิติที่ใช้ในการทดสอบดังนี้

สมมุติฐาน คือ กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เมื่อผ่านระยะแรกที่มีอาการถอนนิโคตินแล้วจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตด้านที่น่าจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา $\geq$ 3 เดือน มีทั้งหมด 8 ด้านคือ 1) ความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ 2) ความมีชีวิตชีวา 3) สุขภาพจิต 4) การนอนหลับ 5) ความวิตกกังวล 6) การควบคุมตนเอง 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม

ประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (Stewart และคณะ, 1995; Olufade และคณะ, 1999; Shaw และคณะ, 2001; Zilich และคณะ, 2002)

สถิติที่ใช้ทดสอบ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของทั้ง 2 กลุ่ม ในกรณีที่ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติใช้สถิติ independent samples t-test ในการทดสอบ หากไม่ได้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติใช้วิธีการทดสอบแบบ nonparametric โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

สำหรับเครื่องมือในส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 24 ข้อคำถาม (PTRQoL aspect; ข้อคำถามที่ 73-96) ทำการทดสอบหลังจากเครื่องมือผ่านการวิเคราะห์ข้อคำถามแล้ว โดยทำการพิจาณาความสามารถในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน โดยมีสมมติฐานและสถิติที่ใช้ในการทดสอบดังนี้

สมมติฐาน คือ กลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR มีคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินโดยเฉพาะด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (Fortner และคณะ, 1999; Hajek และคณะ, 1999)

สถิติที่ใช้ทดสอบ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาในแต่ละด้านระหว่างกลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR และกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน ในกรณีที่ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่ได้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติใช้สถิติ independent samples t-test ในการทดสอบ หากไม่ได้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติใช้วิธีการทดสอบแบบ nonparametric โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิจัย

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยในการทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ (1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล (2) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (3) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (4) ผลสถิติเชิงพรรณนาของข้อคำถาม (5) การทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

(1) จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

การทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่างมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 431 คน สำหรับจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลแสดงดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งเก็บข้อมูล	กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	125	
	- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	15	3.5
	- โรงพยาบาลราชวิถี	12	2.8
	- โรงพยาบาลภูมิพล	53	12.3
	- สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์*	37	8.6
	- อื่นๆ**	8	1.8
	ส่วนภูมิภาค	156	
	- โรงพยาบาลพระพุทธบาท	5	1.2
	- โรงพยาบาลอ่างทอง	7	1.6
	- โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์	6	1.4
	- โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	12	2.8
	- โรงพยาบาลระยอง	14	3.2
	- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่	102	23.7
	- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น	10	2.3
	ติดต่อทางไปรษณีย์ *** (386 คน)	103	23.9
	บุคคลทั่วไปที่ยินยอมให้ข้อมูล	47	10.9
	รวมทั้งสิ้น	**431**	**100**

ตารางที่ 13 ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามแหล่งเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย/แหล่งเก็บข้อมูล		
	- อ่านคำถามแล้วตอบด้วยตนเอง	247	57.3
	- ผู้วิจัย/ผู้เก็บข้อมูลอ่านให้ฟังแล้วตอบ	71	16.5
	- ไม่ระบุ	10	2.3
	เก็บข้อมูลทางไปรษณีย์		
	- อ่านคำถามแล้วตอบด้วยตนเอง	88	20.4
	- มีผู้อื่นอ่านให้ฟังแล้วตอบ	8	1.9
	- ไม่ระบุ	7	1.6

* อาคารคลังสินค้าท่าอากาศยานดอนเมือง 32 คน (ร้อยละ 7.4) และสถาบันราชภัฏพระนคร 5 คน (ร้อยละ 1.2) ภายใต้ความร่วมมือจากสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

** อื่นๆ คือ โรงพยาบาลตำรวจ 2 คน (ร้อยละ 0.4) และสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน 6 คน (ร้อยละ 1.4)

***เก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยมารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ จำนวน 386 คน แบ่งเป็น สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ 296 คน (ร้อยละ 76.7) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 75 คน (ร้อยละ 19.4) โรงพยาบาลสระบุรี 15 คน (ร้อยละ 3.9)

สำหรับการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์จากผู้ที่เคยเข้ารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ ณ.สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ โรงพยาบาลสระบุรี เดิมกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 500 คน ผู้วิจัยได้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย มีผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 386 คน ดังนั้นเครื่องมือวัดที่ได้ส่งไปทั้งหมดคือ 386 ชุด เนื่องจากมีเครื่องมือวัดบางส่วนถูกส่งกลับมาเนื่องจากแจ้งที่อยู่ไม่ชัดเจนจำนวน 15 ชุด ดังนั้นจำนวนเครื่องมือวัดจริงที่คาดว่าจะถึงผู้รับเท่ากับ 371 ชุด สำหรับอัตราการตอบกลับของเครื่องมือวัดพบว่า มีเครื่องมือวัดที่ส่งกลับมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 119 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 32.1 (119/371) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จริงทั้งหมดคือ 103 ชุด คิดเป็นร้อยละ 86.6 ของเครื่องมือที่ส่งกลับมาทั้งหมด เนื่องจากมีเครื่องมือวัดที่ส่งกลับมาจำนวน 16 ชุด ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อคำถามไม่ครบมากกว่าร้อยละ 50 ของข้อคำถามทั้งหมด จึงไม่นำข้อมูลส่วนนี้มาใช้ในการวิเคราะห์

(2) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 431 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ 1) ผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน 155 คน (ร้อยละ 36.0) 2) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่ได้เลิกสูบบุหรี่แล้ว 276 คน (ร้อยละ 64.0) สำหรับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
เพศ	ชาย	146	94.2	254	92.0
	หญิง	9	5.8	22	8.0
อายุ**	20-29 ปี	40	25.8	67	24.3
	30-39 ปี	41	26.5	77	27.9
	40-49 ปี	36	23.2	67	24.3
	50-59 ปี	27	17.4	36	13.1
	60-69 ปี	8	5.2	15	5.4
	≥ 70 ปี	2	1.3	7	2.5
	ไม่ระบุ	1	0.6	7	2.5
สถานภาพสมรส	โสด	50	32.3	88	31.9
	สมรส	94	60.6	155	56.2
	หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	7	4.5	25	9.0
	ไม่ระบุ	4	2.6	8	2.9
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	ไม่ได้เรียน	0	0	2	0.7
	ประถมศึกษา	25	16.1	33	12.0
	มัธยมต้น	25	16.1	42	15.2
	มัธยมปลาย/ปวช.	45	29.0	67	24.3
	อนุปริญญา/ปวส.	17	11.0	49	17.8
	ปริญญาตรี	37	23.9	68	24.6
	ปริญญาโทขึ้นไป	6	3.9	12	4.3
	ไม่ระบุ	-	0	3	1.1

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	7.1	18	6.5
	รับจ้าง	56	36.1	80	29.0
	ค้าขายหรือทำธุรกิจ	26	16.8	35	12.7
	รับราชการ	29	18.7	78	28.3
	รัฐวิสาหกิจ	11	7.1	14	5.1
	ข้าราชการบำนาญ	7	4.5	7	2.5
	แม่บ้าน	7	4.5	5	1.8
	นักศึกษา	4	2.6	23	8.3
	อื่นๆ[a]	3	2.0	14	5.1
	ไม่ระบุ	1	0.6	2	0.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่มีรายได้ประจำ	16	10.3	40	14.5
	น้อยกว่า 5,000 บาท	12	7.7	46	16.7
	5,001-10,000 บาท	65	41.9	88	31.9
	10,001-20,000 บาท	37	24.0	64	23.2
	20,001-30,000 บาท	18	11.6	22	7.9
	30,001 บาท ขึ้นไป	7	4.5	16	5.8
สิทธิการรักษาพยาบาล	เบิกต้นสังกัด	49	31.6	112	40.6
	ประกันสังคม	38	24.5	39	14.1
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35	22.7	65	23.6
	ประกันชีวิต	9	5.8	6	2.2
	จ่ายเอง	23	14.8	52	18.8
	ไม่ระบุ	1	0.6	2	0.7
ชนิดของบุหรี่ที่สูบ	บุหรี่ซองผลิตในประเทศ	113	72.9	198	71.7
	บุหรี่ซองจากต่างประเทศ	29	18.7	21	7.6
	ทั้งสองชนิด	13	8.4	54	19.6
	ไม่ระบุ	-	-	3	1.1
สาเหตุหลักของการเริ่มสูบบุหรี่	อยากทดลองสูบเอง	52	33.6	87	31.5
	สูบตามอย่างเพื่อน	87	56.1	116	42.0

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
สาเหตุหลักของการเริ่มสูบบุหรี่ (ต่อ)	ปัญหาครอบครัว/การงาน	5	3.2	26	9.5
	อื่นๆ[b]	10	6.5	40	14.5
	ไม่ระบุ	1	0.6	7	2.5
สาเหตุหลักของการเลิกสูบบุหรี่ (เฉพาะกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	มีปัญหาด้านสุขภาพ			52	18.8
	เพื่อสุขภาพของตนเอง			57	20.7
	ครอบครัวขอร้องให้เลิก			41	14.8
	เบื่อ อยากเลิกสูบ			45	16.3
	อื่นๆ[c]			48	17.4
	ไม่ระบุ			33	12.0
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่*** (ปี)	≤ 10 ปี	48	31.0	92	33.3
	11-20 ปี	48	31.0	101	36.6
	21-30 ปี	30	19.4	45	16.3
	31-40 ปี	17	11.0	25	9.1
	41-50 ปี	9	5.8	6	2.2
	≥ 51 ปี	2	1.2	4	1.4
	ไม่ระบุ	1	0.6	3	1.1
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวนต่อวัน)	น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	54	34.9	105	38.1
	11-20 มวนต่อวัน	70	45.2	124	45.0
	21-30 มวนต่อวัน	22	14.2	31	11.2
	31-40 มวนต่อวัน	7	4.5	12	4.3
	มากกว่า 40 มวนต่อวัน	2	1.2	4	1.4
การประเมินระดับการติดสารนิโคติน (FTND score)	ระดับต่ำมาก	27	17.4	94	34.1
	ระดับต่ำ	45	29.0	55	19.9
	ระดับปานกลาง	44	28.4	65	23.6
	ระดับสูง	22	14.2	28	10.1
	ระดับสูงมาก	16	10.4	31	11.2
	ไม่ระบุ	1	0.6	3	1.1

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
การประเมินปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่	ภาวะเสพติดนิโคติน	33	21.3	38	13.8
	ภาวะเสพติดทางจิตใจ	64	41.3	110	40.0
	ภาวะเสพติดทางสังคม	12	7.7	33	12.0
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับจิตใจ	20	12.9	36	13.0
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับสังคม	6	3.9	12	4.2
	ภาวะเสพติดทางจิตใจร่วมกับสังคม	7	4.5	23	8.3
	ทั้งสามปัจจัยร่วมกัน	7	4.5	18	6.5
	ไม่ระบุ	6	3.9	6	2.2
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ (ครั้ง)	ไม่เคยเลิกสูบ[d]	29	18.7	19	6.9
	≤ 5 ครั้ง	116	74.8	202	73.2
	6-10 ครั้ง	7	4.5	33	12.0
	≥ 11 ครั้ง	0	0	10	3.6
	ไม่ระบุ	3	2.0	12	4.3
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (เฉพาะกลุ่มที่สูบบุหรี่ที่เคยเลิกสูบมาก่อน 126 คน)	น้อยกว่า 1 วัน	5	3.7		
	1-7 วัน	45	35.7		
	1-2 สัปดาห์	12	9.5		
	>2-4 สัปดาห์	13	10.4		
	>1-3 เดือน	18	14.4		
	>3-6 เดือน	10	8.0		
	6-12 เดือน	8	6.4		
	มากกว่า 1 ปี	12	9.5		
	ไม่ระบุ	3	2.4		
การเลิกสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา (เฉพาะกลุ่มที่สูบบุหรี่)	ใช่	65	42.0		
	ไม่ใช่	88	56.8		
	ไม่ระบุ	2	1.2		

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (เฉพาะกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	น้อยกว่า 1 วัน			24	8.7
	1-7 วัน			38	13.8
	1-2 สัปดาห์			15	5.4
	>2-4 สัปดาห์			27	9.8
	>1-3 เดือน			49	17.8
	>3-6 เดือน			30	11.0
	6-12 เดือน			29	10.5
	มากกว่า 1 ปี[e]			52	18.7
	ไม่ระบุ			12	4.3
วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่**** (เฉพาะกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	เลิกสูบบุหรี่เองทันที (หักดิบ)			62	
	ค่อยๆลดลงจนเลิก			88	
	รับคำปรึกษาจากคลินิกเลิกบุหรี่			145	
	ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่			150	
	ไม่ระบุ			4	
	ยาที่ใช้				
	น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่			18	
	หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน			6	
	แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน			2	
	ยาเม็ด Bupropion			76	
	ยาเม็ด Nortriptyline			4	
	ชาสมุนไพรหญ้าดอกขาว			1	
	ยาอื่นๆ[f]			5	
	ใช้ยามากกว่า 1 ตัว[g]			38	
โรคประจำตัว	ไม่มี	98	63.2	178	64.5
	มี[h]	52	33.6	97	35.1
	ไม่ระบุ	5	3.2	1	0.4

ตารางที่ 14 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
ยาหรือสมุนไพรที่ใช้เป็นประจำ	ไม่มี	115	74.2	220	79.7
	มี	29	18.7	47	17.0
	ไม่ระบุ	11	7.1	9	3.3
การใช้สารเสพติดอื่นๆ	**เครื่องดื่มแอลกอฮอล์**				
	ไม่ดื่ม	37	23.9	62	22.5
	เคยดื่มแต่เลิกนานกว่า 1 ปี	11	7.1	31	11.2
	ดื่มบ้างเป็นครั้งคราว	31	20.0	88	31.9
	ดื่มเป็นประจำ[i]	64	41.3	92	33.3
	ไม่ระบุ	12	7.7	3	1.1
	กาแฟ				
	ไม่ดื่ม	41	26.5	78	28.3
	ดื่มบ้างเป็นครั้งคราว	19	12.2	71	25.7
	ดื่มเป็นประจำทุกวัน[j]	85	54.8	109	39.5
	ไม่ระบุ	10	6.5	18	6.5
ยาเสพติดอื่นๆ	ไม่เคยใช้	153	98.7	273	98.9
	เคยใช้แต่เลิกนานกว่า 1 ปี	2	1.3	3	1.1

หมายเหตุ

* ร้อยละคิดเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

** คือ อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (423 คน) = 39.5 ± 13.0 ปี, ช่วงอายุ = 20-74 ปี, มัธยฐาน 38.0 ปี, ฐานนิยม 20.0 ปี

*** คือ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (427 คน) = 18.6 ± 12.1 ปี, ช่วงระยะเวลาของการสูบบุหรี่ =1-60 ปี, มัธยฐาน 17.0 ปี, ฐานนิยม 20.0 ปี

**** คือ ในการเลิกสูบบุหรี่อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน

a คือ อาชีพอื่นๆ ได้แก่ เกษตรกร (15 คน) ทนายความ (1 คน) และองค์กรระหว่างประเทศ (1 คน)

b คือ สาเหตุหลักอื่นๆ ของการเริ่มสูบบุหรี่ได้แก่ รู้สึกเหงา (28 คน) ตามอย่างสมาชิกในครอบครัว (8 คน) เพื่อเข้าสังคม (7 คน) เพื่อแสดงความเป็นชาย (5 คน) แพ้ท้อง (2 คน)

c คือ สาเหตุหลักอื่นๆของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ สังคมไม่ยอมรับ (19 คน) ประหยัดค่าใช้จ่าย (10 คน) กลัวเป็นโรคปอด (8 คน) แพทย์แนะนำ (5 คน) หาที่สูบบุหรี่ยาก (5 คน) เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีแก่ลูกหลาน (1 คน)

d คือ สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ หมายถึง ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่มาไม่เคยเลิกสูบบุหรี่เลย ส่วนกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้

e คือ กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ระยะเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 2 ปี

f คือ ยาอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเพื่อบรรเทาการเกิดอาการถอนนิโคตินจากการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งแพทย์จ่ายตามอาการ ได้แก่ ยา amitriptyline, alprazolam, imipramine

g คือ การใช้ยาร่วมกันมากกว่า 1 ตัวขึ้นไปในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ bupropion ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (11 คน) น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ร่วมกับยาอื่นๆ (10 คน) bupropion ร่วมกับยาอื่นๆ (5 คน) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (3 คน) bupropion ร่วมกับหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (2 คน) bupropion ร่วมกับ nortriptyline (1 คน) bupropion ร่วมกับหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินและแผ่นปิดผิวหนังนิโคติน (1 คน) bupropion ร่วมกับหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินและน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (1 คน) bupropion ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และยาอื่นๆ (2 คน) แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และยาอื่นๆ (1 คน) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และยาอื่นๆ (1 คน)

h คือ โรคความดันโลหิตสูง 26 คน โรคไขมันในเลือดสูง 13 คน โรคกระเพาะอาหาร 10 คน โรคหืด 9 คน โรคภูมิแพ้ 9 คน โรคถุงลมปอดโป่งพอง 6 คน โรคไวรัสตับอักเสบบี 6 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง 6 คนโรคเบาหวาน 5 คน โรคต่อมไทรอยด์ 5 คน โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ 4 คน โรคไขมันในเลือดสูงร่วมกับเบาหวาน 4 คน โรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง 3 คน โรคเครียดนอนไม่หลับ 3 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 3 คน โรคกระดูกและข้อ 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน 2 คน โรคไมเกรน 2 คน โรคปอดอักเสบ 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเส้นเลือดหัวใจตีบ 2 คน โรคหลอดลมอักเสบ 2 คน โรคริดสีดวงทวาร 2 คน โรคหัวใจวาย 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภูมิแพ้และหลอดลมอักเสบ 1 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับกระเพาะอาหารอักเสบ 1 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและถุงลมปอดโป่งพอง 1 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเส้นเลือดหัวใจตีบและหัวใจวายและไขมันในเลือดสูง 1 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเส้นเลือดหัวใจตีบและถุงลมปอดโป่งพองและกระเพาะอาหารและโรคต่อมไทรอยด์ 1 คน โรคเส้นเลือดหัวใจตีบร่วมกับถุงลมปอดโป่งพอง 1 คน โรคหัวใจวายร่วมกับไขมันในเลือดสูงและมะเร็ง 1 คน โรคไขมันในเลือดสูงร่วมกับถุงลมปอดโป่งพอง 1 คน โรคไขมันในเลือดสูงร่วมกับเบาจืด 1 คน โรคหืดร่วมกับโรคกระดูกและข้อ 1 คน โรคหืดร่วมกับถุงลมปอดโป่งพอง 1 คน โรคมะเร็ง 1 คน โรคเกาต์ 1 คน โรคตา 1 คน โรคโปรตีนในปัสสาวะ 1 คน โรคนิ่วในไต 1 คน โรคความดันโลหิตต่ำ 1 คน โรคไส้เลื่อน 1 คน โรคตับแข็ง 1 คน โรคก้อนเนื้อในมดลูก 1 คน

i คือ กลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มที่ดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (35 คน) กลุ่มที่ดื่มสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (53 คน) กลุ่มที่ดื่มสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง (22 คน) กลุ่มที่ดื่มเป็นประจำทุกวัน (46 คน)

j คือ กลุ่มที่ดื่มกาแฟเป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มที่ดื่มวันละ 1-2 ถ้วย (159 คน) กลุ่มที่ดื่มวันละ 3-4 ถ้วย (27 คน) กลุ่มที่ดื่มอย่างน้อยวันละ 5 ถ้วยขึ้นไป (8 คน)

ผลการวิจัยในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะของประชากรจะนำมาเปรียบเทียบกับสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 และ 2544 โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1) **เพศ**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็นผู้ชายจำนวน 400 คน และผู้หญิงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 92.8 และ 7.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 ที่พบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 94.3 และเพศหญิงร้อยละ 5.7

2) **อายุ**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยกลุ่มอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 391 คน และกลุ่มสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 7.4 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 ที่สำรวจผู้ที่สูบบุหรี่อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่ประกอบด้วยกลุ่มอายุระหว่าง 15-59 ปี ร้อยละ 88.0 และกลุ่มสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.6

3) **ระดับการศึกษา**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่ารองลงมาคือ การศึกษาระดับปริญญาตรี และระดับมัธยมต้น ผลการวิจัยนี้ไม่ตรงกับสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 ที่พบว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและผู้ที่ไม่มีการศึกษามีอัตราร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำสูงที่สุดและยิ่งมีการศึกษาที่สูงขึ้นอัตราการสูบบุหรี่จะลดลง อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิจัยนี้ได้ศึกษาเฉพาะในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ดังนั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าสถิติดังกล่าวที่เก็บข้อมูลจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้ามารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการศึกษาค่อนข้างสูงทำให้ค่าทางสถิติที่ได้แตกต่างกัน

4) **อาชีพ**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ รับราชการ และค้าขายหรือทำธุรกิจ ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้ไม่ตรงกับสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการขนส่ง เกษตรกรกรรมกร และอาชีพเกี่ยวกับการบริหาร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้ามารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นพนักงานของบริษัทเอกชนและข้าราชการ

5) **สาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรก**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เนื่องจากสูบตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชักชวนจำนวน ร้อยละ 47.1 และอยากทดลองสูบเองร้อยละ 32.3 ใกล้เคียงกับสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 ที่พบว่าสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ 2 อันดับแรกคือ เกิดจากการอยากทดลองสูบร้อยละ 37.5 และสูบตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนสูบร้อยละ 34.8

6) **ระยะเวลาของการสูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน**: ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย (mean ± SD) คือ 18.6 ± 12.1 ปี สำหรับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วง 11-20 มวนต่อวันร้อยละ 45.0 รองลงมาคือสูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวันร้อยละ 36.9 สอดคล้องกับสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 ที่พบว่าคนไทยสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 17 ปี และสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละ 10.6 มวน

7) **จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่**: ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเมื่อแยกตามภาวะของการสูบบุหรี่พบว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่มีสัดส่วนผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 74.8 และ 73.2 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่เคยเลิกบุหรี่มากกว่า 5 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่พบว่าสัดส่วนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มากกว่าโดยคิดเป็นร้อยละ 15.6 และกลุ่มที่สูบบุหรี่ร้อยละ 4.5 ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าคนส่วนใหญ่ต้องพยายามเลิกบุหรี่มากกว่า 5 ครั้งจึงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546)

8) **ระยะเวลาที่กลุ่มที่สูบบุหรี่เคยเลิกสูบได้นานที่สุด**: ในกลุ่มที่สูบบุหรี่จำนวน 155 ราย เป็นผู้ที่ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนร้อยละ 18.7 และเป็นผู้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อนร้อยละ 79.3 โดยระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุดก่อนที่จะกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อยู่ในช่วง 1-7 วันโดยในกลุ่มนี้มีจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 35.7) รองลงมาคือช่วง 1-3 เดือน (ร้อยละ 14.4) ช่วง 2-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 10.4) และช่วง 1-2 สัปดาห์ (ร้อยละ 9.5) ตามลำดับ (อัตราร้อยละคำนวณเทียบกับจำนวนผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนทั้งหมด 126 ราย) ซึ่งอาจเป็นข้อสนับสนุนอย่างหนึ่งของสมมุติฐานการวิจัยนี้ที่ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนแรกอาจลดลงจนทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Zilich และคณะ (2002) ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ลดลงโดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกและคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะดีขึ้นกว่าตอนที่ยังสูบบุหรี่อย่างชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 3 เดือน

(3) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

ในจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 431 คน มีผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่จำนวน 78 คน (ร้อยละ 18.1) และได้ตอบคำถามในส่วนของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) ประกอบด้วยผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่แต่ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวน 19 คน (ร้อยละ 24.4) และผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้วจำนวน 59 คน (ร้อยละ 75.6) สำหรับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่แสดงดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 78 คนจำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
เพศ	ชาย	19	100.0	55	93.2
	หญิง	0	0	4	6.8
อายุ**	20-29 ปี	5	26.2	15	25.4
	30-39 ปี	4	21.1	19	32.2
	40-49 ปี	4	21.1	13	22.0
	50-59 ปี	4	21.1	7	11.9
	60-69 ปี	2	10.5	3	5.1
	≥ 70 ปี	0	0	1	1.7
	ไม่ระบุ	-	-	1	1.7
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่***(ปี)	≤ 10 ปี	7	36.8	16	27.1
	11-20 ปี	6	31.6	23	39.0
	21-30 ปี	3	15.8	12	20.3
	31-40 ปี	2	10.5	4	6.8
	41-50 ปี	1	5.3	2	3.4
	≥ 51 ปี	0	0	2	3.4
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวนต่อวัน)	น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	10	52.6	22	37.2
	11-20 มวนต่อวัน	6	31.6	25	42.4
	21-30 มวนต่อวัน	0	0	6	10.2
	31-40 มวนต่อวัน	3	15.8	5	8.5
	41-50 มวนต่อวัน	0	0	1	1.7
การประเมินระดับการติดสารนิโคติน (FTND)	ระดับต่ำมาก	4	21.1	16	27.1
	ระดับต่ำ	8	42.1	14	23.7
	ระดับปานกลาง	5	26.3	13	22.1
	ระดับสูง	2	10.5	5	8.5
	ระดับสูงมาก	0	0	11	18.6
การประเมินปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่	ภาวะเสพติดนิโคติน	6	31.5	6	10.2
	ภาวะเสพติดทางจิตใจ	5	26.3	17	28.8

ตารางที่ 15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 78 คนจำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
การประเมินปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่ (ต่อ)	ภาวะเสพติดทางสังคม	2	10.5	11	18.6
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับจิตใจ	3	15.8	10	16.9
	ภาวะเสพติดนิโคตินร่วมกับสังคม	1	5.3	4	6.8
	ภาวะเสพติดทางจิตใจร่วมกับสังคม	1	5.3	5	8.5
	ทั้งสามปัจจัยร่วมกัน	0	0	5	8.5
	ไม่ระบุ	1	5.3	1	1.7
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ (ครั้ง)	ไม่เคยเลิกสูบ	2	10.5	5	8.5
	$\leq$ 5 ครั้ง	15	79.0	45	76.2
	6-10 ครั้ง	2	10.5	9	15.3
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (เฉพาะกลุ่มที่สูบบุหรี่ที่เคยเลิกสูบมาก่อน 17 คน)	1-7 วัน	4	23.5		
	1-2 สัปดาห์	2	11.8		
	>2-4 สัปดาห์	6	35.2		
	>1-3 เดือน	2	11.8		
	>3-6 เดือน	0	-		
	6-12 เดือน	2	11.8		
	มากกว่า 1 ปี	1	5.9		
การเลิกสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา (เฉพาะกลุ่มที่สูบบุหรี่)	ใช่	8	42.1		
	ไม่ใช่	11	57.9		
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (เฉพาะกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่)	น้อยกว่า 1 วัน			5	8.5
	1-7 วัน			18	30.5
	1-2 สัปดาห์			8	13.6
	>2-4 สัปดาห์			14	23.7
	>1-3 เดือน			10	16.9
	ไม่ระบุ			4	6.8

ตารางที่ 15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลการสูบบุหรี่และสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 78 คนจำแนกตามภาวะของการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าของตัวแปร	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (smoker)		กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (ex-smoker)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ*	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ใช้	น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	7	36.7	5	8.5
	หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน	1	5.3	5	8.5
	แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน	5	26.3	1	1.7
	ยาเม็ด Bupropion	4	21.1	24	40.6
	ยาเม็ด Nortriptyline	1	5.3	5	8.5
	ยาอื่นๆ[a]	0	0	1	1.7
	ใช้ยามากกว่า 1 ตัว[b]	1	5.3	18	30.5
ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยาจนถึงวันเก็บข้อมูล	≤ 1 สัปดาห์	3	15.8	16	27.1
	> 1 - 2 สัปดาห์	9	47.4	16	27.1
	> 2 - 3 สัปดาห์	5	26.3	12	20.4
	> 3 - 4 สัปดาห์	2	10.5	10	16.9
	ไม่ระบุ	0	0	5	8.5
โรคประจำตัว	ไม่มี	13	68.4	34	57.6
	มี[c]	6	31.6	25	42.4
ยาหรือสมุนไพรที่ใช้ร่วมด้วย	ไม่มี	15	78.9	44	74.6
	มี[d]	3	15.8	12	20.3
	ไม่ระบุ	1	5.3	3	5.1

หมายเหตุ

* ร้อยละคิดเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

** คือ อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (77 คน) = 39.5 ± 13.8 ปี, ช่วงอายุ = 20-70 ปี, มัธยฐาน 37.0 ปี, ฐานนิยม 45.0 ปี

***คือ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (78 คน) = 19.3 ± 12.6 ปี, ช่วงระยะเวลาของการสูบบุหรี่ =1-54 ปี, มัธยฐาน 16.0 ปี, ฐานนิยม 20.0 ปี

a คือ ยาอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเพื่อบรรเทาการเกิดอาการถอนนิโคตินจากการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งแพทย์จ่ายตามอาการ ได้แก่ amitriptyline, alprazolam

b คือ การใช้ยาร่วมกันมากกว่า 1 ตัวขึ้นไปในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ bupropion ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (5 คน) bupropion ร่วมกับยาอื่นๆ (2 คน) ยาอื่นๆร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (6 คน) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (3 คน) แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (1 คน)

bupropion ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และยาอื่นๆ (1 คน) หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินร่วมกับยาอื่นๆ และน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (1 คน)

c คือ โรคความดันโลหิตสูง (6 คน) โรคภูมิแพ้ (4 คน) โรคไวรัสตับอักเสบบี (4 คน) โรคหืด (3 คน) โรคไขมันในเลือดสูง (2 คน) โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (2 คน) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (1 คน) โรคข้อและกระดูก (1 คน) โรคถุงลมปอดโป่งพอง (1 คน) โรคไมเกรน (1 คน) โรคนิ่วในไต (1 คน) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง (2 คน) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (1 คน) ถุงลมปอดโป่งพองร่วมกับไขมันในเลือดสูง (1 คน) โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและเส้นเลือดหัวใจตีบ (1 คน)

d คือ ยาคลายเครียด-นอนหลับ (4 คน) ยาลดความดันโลหิต (3 คน) ยาอมใต้ลิ้น (1 คน) ความดันโลหิตร่วมกับยาลดระดับไขมันในเลือด (2 คน) ยาลดความดันโลหิตและยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (1 คน) ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาอมใต้ลิ้น (1 คน) ยาพ่นขยายหลอดลม (1 คน) ยาแก้แพ้ (1 คน) ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร (1 คน)

(4) ผลสถิติเชิงพรรณนาของข้อคำถาม

ตารางที่ 16 นำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ ส่วนที่ 1 จำนวน 72 ข้อ (HRQoL aspect) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 431 คน และตารางที่ 17 นำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) จำนวน 24 ข้อ (PTRQoL aspect) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 78 คน โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามจะพิจารณาตามความหมายของข้อคำถามนั้นที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเช่น สำหรับข้อความที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตทางบวก ถ้าเลือกตัวเลือก (1) ไม่เคยเลย = 0 คะแนน, (2) นานๆครั้ง = 25 คะแนน, (3) บางครั้ง = 50 คะแนน, (4) บ่อยๆ = 75 คะแนน, (5) ตลอดเวลา = 100 คะแนน สำหรับข้อความที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตทางลบ ถ้าเลือกตัวเลือก (1) ไม่เคยเลย = 100 คะแนน, (2) นานๆครั้ง = 75 คะแนน, (3) บางครั้ง = 50 คะแนน, (4) บ่อยๆ = 25 คะแนน, (5) ตลอดเวลา = 0 คะแนน เป็นต้น สำหรับตัวเลือกแบบอื่นๆคิดคะแนนในลักษณะเดียวกัน

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
1	ฉันไม่มีกำลังวังชาในการทำกิจกรรมประจำวัน*	73.8 ± 25.5	75	7 (1.6)	28 (6.5)	105 (24.4)	123 (28.5)	162 (37.6)	6 (1.4)
2	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ*	51.2 ± 27.8	50	25 (5.8)	128 (29.7)	133 (30.9)	92 (21.3)	53 (12.3)	-
3	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น*	72.7 ± 25.4	75	6 (1.4)	37 (8.6)	97 (22.5)	141 (32.7)	150 (34.8)	-
4	ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน*	56.3 ± 29.2	50	26 (6.0)	96 (22.3)	130 (30.2)	101 (23.4)	78 (18.1)	-
5	เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก*	59.5 ± 30.9	50	29 (6.7)	92 (21.3)	95 (22.0)	116 (26.9)	99 (23.0)	-
6	ฉันนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน*	64.6 ± 29.3	75	20 (4.6)	68 (15.8)	98 (22.7)	130 (30.2)	115 (26.7)	-
7	ฉันรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มอิ่ม	55.9 ± 30.4	50	46 (10.7)	70 (16.2)	123 (28.5)	121 (28.1)	71 (16.5)	-
8	ฉันตื่นนอนเช้ากว่าที่เคยเป็น*	54.7 ± 29.5	50	31 (7.2)	99 (23.0)	129 (29.9)	95 (22.0)	73 (16.9)	4 (0.9)

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
9	ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณเท่าเดิมแล้วรู้สึกไม่อิ่ม*	64.7 ± 29.2	75	18 (4.2)	63 (14.6)	123 (28.5)	102 (23.7)	125 (29.0)	-
10	ฉันรู้สึกหิวในช่วงระหว่างมื้ออาหาร*	59.2 ± 29.3	50	20 (4.6)	90 (20.9)	128 (29.7)	98 (22.7)	95 (22.0)	-
11	ฉันอยากรับประทานของหวาน*	59.5 ± 28.4	50	14 (3.2)	94 (21.8)	126 (29.2)	106 (24.6)	90 (20.9)	1 (0.2)
12	ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร*	74.7 ± 24.3	75	3 (0.7)	30 (7.0)	97 (22.5)	139 (32.3)	161 (37.4)	1 (0.2)
13	ฉันรู้สึกรับรสชาติของอาหารได้ดี	68.7 ± 29.3	75	30 (7.0)	38 (8.8)	81 (18.8)	142 (32.9)	139 (32.3)	1 (0.2)
14	ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้เพิ่มขึ้น	52.2 ± 27.2	50	42 (9.7)	72 (16.7)	162 (37.6)	116 (26.9)	39 (9.0)	-
15	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย*	54.9 ± 24.8	50	12 (2.8)	100 (23.2)	153 (35.5)	124 (28.8)	42 (9.7)	-
16	ฉันรู้สึกโกรธง่าย*	57.6 ± 25.7	50	13 (3.0)	87 (20.0)	142 (32.9)	134 (31.1)	55 (12.8)	-
17	ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย*	58.6 ± 27.9	50	14 (3.2)	93 (21.6)	138 (32.0)	102 (23.7)	84 (19.5)	-
18	ฉันเคยลืมตัวระบายอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดกับคนรอบข้าง*	62.7 ± 25.9	75	8 (1.9)	67 (15.5)	140 (32.5)	131 (30.4)	85 (19.7)	-
19	ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของตนเองได้	61.5 ± 26.3	75	23 (5.3)	45 (10.4)	144 (33.4)	148 (34.3)	71 (16.5)	-
20	ฉันรู้สึกเศร้าซึม*	73.8 ± 24.6	75	3 (0.7)	35 (8.1)	95 (22.0)	144 (33.4)	154 (35.7)	-

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
21	ฉันรู้สึกตึงเครียด*	64.0 ± 25.2	75	3 (0.7)	68 (15.8)	134 (31.1)	137 (31.8)	89 (20.6)	-
22	ฉันรู้สึกเหงาเมื่อไม่มีบุหรี่อยู่ในมือ*	67.6 ± 28.1	75	7 (1.6)	65 (15.1)	116 (26.9)	103 (23.9)	140 (32.5)	-
23	ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ*	73.9 ± 25.7	75	6 (1.4)	37 (8.6)	90 (20.9)	135 (31.3)	163 (37.8)	-
24	ฉันรู้สึกสบายใจและปลอดโปร่งใจ	62.2 ± 26.2	75	18 (4.2)	59 (13.7)	119 (27.6)	165 (38.3)	70 (16.2)	-
25	ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	64.5 ± 26.7	75	19 (4.4)	45 (10.4)	124 (28.8)	153 (35.3)	90 (20.9)	-
26	ฉันมีพลังใจเต็มเปี่ยมที่จะเลิกสูบบุหรี่	68.0 ± 30.1	75	28 (6.5)	31 (7.2)	128 (29.7)	91 (21.1)	153 (35.5)	-
27	ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	64.9 ± 24.7	75	9 (2.1)	50 (11.6)	127 (29.5)	162 (37.6)	81 (18.8)	2 (0.5)
28	ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ*	63.6 ± 26.7	75	11 (2.6)	66 (15.3)	124 (28.8)	137 (31.8)	93 (21.6)	-
29	ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง*	72.7 ± 24.7	75	4 (0.9)	33 (7.7)	108 (25.1)	140 (32.5)	146 (33.9)	-
30	ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ*	68.1 ± 25.1	75	4 (0.9)	49 (11.4)	122 (28.3)	143 (33.2)	113 (26.2)	-
31	ฉันขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ*	68.0 ± 24.5	75	1 (0.2)	50 (11.6)	127 (29.5)	143 (33.2)	110 (25.5)	-
32	ฉันรู้สึกว่าความคิดของฉันไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง*	62.5 ± 25.3	50	7 (1.6)	63 (14.6)	150 (34.8)	129 (29.9)	82 (19.0)	-

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
33	ฉันขาดความมั่นใจในการคิดและแก้ไขปัญหา*	67.7 ± 26.3	75	7 (1.6)	52 (12.1)	121 (28.1)	131 (30.4)	120 (27.8)	-
34	ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน*	70.7 ± 28.9	75	12 (2.8)	54 (12.5)	96 (22.3)	103 (23.9)	166 (38.5)	-
35	ฉันสามารถเข้ากับเพื่อนฝูงได้ดี	78.6 ± 25.2	75	12 (2.8)	22 (5.1)	53 (12.3)	148 (34.3)	195 (45.2)	1 (0.2)
36	ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์*	67.4 ± 28.5	75	16 (3.7)	50 (11.6)	118 (27.4)	112 (26.0)	135 (31.3)	-
37	ฉันต้องพยายามหักห้ามใจตนเองอย่างมากที่จะ ไม่สูบบุหรี่เมื่อพบเห็นหรือพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่*	55.1 ± 34.1	50	54 (12.5)	95 (22.0)	99 (23.0)	74 (17.2)	108 (25.1)	1 (0.2)
38	ฉันรู้สึกอึดอัด ลำบากใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มคนหรือเข้าไปในสถานที่ซึ่งห้ามสูบบุหรี่*	67.3 ± 32.6	75	31 (7.2)	58 (13.5)	92 (21.3)	82 (19.0)	168 (39.0)	-
39	ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก*	64.4 ± 28.1	75	10 (2.3)	76 (17.6)	114 (26.5)	117 (27.1)	114 (26.5)	-
40	ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่*	70.3 ± 27.5	75	7 (1.6)	52 (12.1)	111 (25.8)	106 (24.6)	155 (36.0)	-

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
41	ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ*	64.0 ± 29.5	75	15 (3.5)	73 (16.9)	125 (29.0)	88 (20.4)	128 (29.7)	2 (0.5)
42	ฉันสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่	60.4 ± 34.6	75	56 (13.0)	61 (14.2)	89 (20.6)	95 (22.0)	128 (29.7)	2 (0.5)
43	ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ*	70.2 ± 27.7	75	7 (1.6)	63 (14.6)	82 (19.0)	131 (30.4)	147 (34.1)	1 (0.2)
44	ฉันมีอาการอ่อนเพลีย*	68.9 ± 26.3	75	7 (1.6)	51 (11.8)	107 (24.8)	140 (32.5)	125 (29.0)	1 (0.2)
45	ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม*	70.9 ± 25.2	75	6 (1.4)	35 (8.1)	119 (27.6)	134 (31.1)	136 (31.6)	1 (0.2)
46	ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ*	70.6 ± 25.2	75	5 (1.2)	37 (8.6)	123 (28.5)	130 (30.2)	136 (31.6)	-
47	ฉันมีความระมัดระวังน้อยลงกว่าเดิมในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน*	71.1 ± 26.5	75	6 (1.4)	45 (10.4)	110 (25.5)	120 (27.8)	150 (34.8)	-
48	ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันผิดพลาดมากขึ้น*	73.9 ± 24.7	75	4 (0.9)	37 (8.6)	84 (19.5)	155 (36.0)	151 (35.0)	-

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
49	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **ครอบครัว*** (frequency)	69.3 ± 25.9	75	3 (0.7)	53 (12.3)	114(26.5)	130(30.2)	131 (30.4)	-
50	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **เพื่อนฝูง*** (frequency)	70.5 ± 25.5	75	1 (0.2)	47 (10.9)	122 (28.3)	118 (27.4)	142 (32.9)	1 (0.2)
51	ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย*	68.6 ± 25.8	75	6 (1.4)	47 (10.9)	121 (28.1)	134 (31.1)	122 (28.3)	1 (0.2)
52	ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ*	58.1 ± 34.4	50	44 (10.2)	101 (23.4)	84 (19.5)	75 (17.4)	127 (29.5)	-
53	ฉันวิตกกังวลว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเลิกสูบบุหรี่*	69.2 ± 32.3	75	27 (6.3)	61 (14.2)	74 (17.2)	89 (20.6)	178 (41.3)	2 (0.5)
54	ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่*	71.1 ± 31.3	75	20 (4.6)	60 (13.9)	76 (17.6)	87 (20.2)	188 (43.6)	-
55	ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ*	72.6 ± 30.4	75	17 (3.9)	54 (12.5)	77 (17.9)	88 (20.4)	194 (45.0)	1 (0.2)

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
56	ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว	77.0 ± 24.3	75	6 (1.4)	23 (5.3)	82 (19.0)	138 (32.0)	181 (42.0)	1 (0.2)
57	ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	75.5 ± 25.6	75	6 (1.4)	28 (6.5)	101 (23.4)	113 (26.2)	183 (42.5)	-
58	ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง*	72.5 ± 30.5	75	19 (4.4)	50 (11.6)	79 (18.3)	90 (20.9)	193 (44.8)	-
59	ฉันรู้สึกนับถือตนเอง	71.5 ± 25.7	75	11 (2.6)	30 (7.0)	109 (25.3)	137 (31.8)	142 (32.9)	2 (0.5)
60	ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง	74.7 ± 24.6	75	6 (1.4)	25 (5.8)	100 (23.2)	137 (31.8)	163 (37.8)	-
61	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **ครอบครัว*** (evaluation)	67.0 ± 29.9	75	22 (5.1)	59 (13.7)	89 (20.6)	125 (29.0)	135 (31.3)	1 (0.2)
62	ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **เพื่อนฝูง*** (evaluation)	69.8 ± 27.5	75	11 (2.6)	53 (12.3)	89 (20.6)	139 (32.3)	138 (32.0)	1 (0.2)
63	ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว***	75.3 ± 25.8	75	10 (2.3)	28 (6.5)	82 (19.0)	138 (32.0)	173 (40.1)	-
64	ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ **เพื่อนฝูง***	72.3 ± 25.1	75	8 (1.9)	31 (7.2)	102 (23.7)	149 (34.6)	141 (32.7)	-

ตารางที่ 16 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จำนวน 72 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 431 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ที่เลือกตัวเลือกในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
65	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีบุคลิกภาพที่ดี*	72.2 ± 30.0	75	28 (6.5)	37 (8.6)	55 (12.8)	144 (33.4)	165 (38.3)	2 (0.5)
66	การสูบบุหรี่ทำให้ฉันดูโก้ เก๋ ในสายตาคนรอบข้าง*	80.4 ± 23.2	75	7 (1.6)	20 (4.6)	47 (10.9)	156 (36.2)	200 (46.4)	1 (0.2)
67	การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวทำให้รูปร่างของฉันดูดี*	76.1 ± 24.4	75	4 (0.9)	27 (6.3)	91 (21.1)	132 (30.6)	176 (40.8)	1 (0.2)
68	ฉันรู้สึกว่ากลิ่นลมหายใจและร่างกายของฉันสะอาดเป็นที่ยอมรับของสังคม	44.3 ± 36.1	50	122 (28.3)	74 (17.2)	81 (18.8)	86 (20.0)	67 (15.5)	1 (0.2)
69	โดยรวมแล้วสุขภาพด้านร่างกายของฉันจัดอยู่ในระดับ	62.2 ±18.6	75	5 (1.2)	25 (5.8)	177 (41.1)	196 (45.5)	24 (5.6)	4 (0.9)
70	โดยรวมแล้วสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันจัดอยู่ในระดับ	62.9 ± 18.9	75	5 (1.2)	26 (6.0)	167 (38.7)	201 (46.6)	28 (6.5)	4 (0.9)
71	ฉันพอใจต่อสุขภาพด้านร่างกายของฉันในระดับ	67.0 ± 19.0	75	4 (0.9)	22 (5.1)	123 (28.5)	235 (54.5)	43 (10.0)	4 (0.9)
72	ฉันพอใจต่อสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันในระดับ	67.2 ± 18.0	75	1 (0.2)	19 (4.4)	136 (31.6)	228 (52.9)	43 (10.0)	4 (0.9)

* คือ ข้อคำถามที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตในทางลบ

** คือ คะแนนเท่ากับ 0 แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด และคะแนนเท่ากับ 100 แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ตารางที่ 17 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) จำนวน 24 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 78 คน

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
73	ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่*	73.1 ± 28.4	75.0	1 (1.3)	10 (12.8)	17 (21.8)	16 (20.5)	31 (43.6)	-
74	ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ*	83.0 ± 25.0	100.0	0	6 (7.7)	12 (15.4)	11 (14.1)	49 (62.8)	-
75	ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน*	79.8 ± 30.4	100.0	3 (3.8)	10 (12.8)	3 (3.8)	15 (19.2)	47 (60.3)	-
76	ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก*	85.6 ± 23.3	100.0	0	6 (7.7)	6 (7.7)	15 (19.2)	51 (65.4)	-
77	ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา*	80.8 ± 27.6	100.0	2 (2.6)	6 (7.7)	10 (12.8)	14 (17.9)	46 (59.0)	-
78	ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	62.2 ± 29.3	75.0	3 (3.8)	15 (19.2)	20 (25.6)	21 (26.9)	19 (24.4)	-
79	ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง*	77.6 ± 27.8	75.0	2 (2.6)	8 (10.3)	8 (10.3)	22 (28.2)	38 (48.7)	-

ตารางที่ 17 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) จำนวน 24 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 78 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
80	ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต	65.4 ± 32.3	75.0	7 (9.0)	8 (10.3)	19 (24.4)	18 (23.1)	26 (33.3)	-
81	อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน*	74.4 ± 29.0	75.0	4 (5.1)	4 (5.1)	17 (21.8)	18 (23.1)	35 (44.9)	-
82	ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	90.4 ± 19.0	100.0	0	2 (2.6)	7 (9.0)	10 (12.8)	59 (75.6)	-
83	ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	86.2 ± 24.4	100.0	2 (2.6)	2 (2.6)	9 (11.5)	11 (14.1)	54 (69.2)	-
84	ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	53.21 ± 33.6	50.0	8 (10.3)	22 (28.2)	19 (24.4)	10 (12.8)	19 (24.4)	-
85	ฉันรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	86.9 ± 22.7	100.0	0	5 (6.4)	7 (9.0)	12 (15.4)	54 (69.2)	-
86	ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	88.1 ± 23.4	100.0	1 (1.3)	3 (3.8)	9 (11.5)	6 (7.7)	59 (75.7)	-

ตารางที่ 17 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) จำนวน 24 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 78 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
87	ฉันมีอาการปวดแสบยอดอก(บริเวณลิ้นปี่) หรือไม่สบายท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	87.8 ± 26.3	100.0	2 (2.6)	6 (7.7)	3 (3.8)	6 (7.7)	61 (78.2)	-
88	ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	79.8 ± 29.9	100.0	3 (3.8)	8 (10.3)	7 (9.0)	13 (16.7)	47 (60.3)	-
89	ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	90.4 ± 22.9	100.0	1 (1.3)	4 (5.1)	5 (6.4)	4 (5.1)	64 (82.1)	-
90	ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*	74.0 ± 33.6	100.0	6 (7.7)	8 (10.3)	11 (14.1)	11 (14.1)	42 (53.8)	-
91	ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา* ϕ	57.1 ± 42.6	50.0	1 (14.3)	2 (28.6)	1 (14.3)	0	3 (42.8)	-
92	ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา* ϕ	64.3 ± 28.3	50.0	0	1 (14.3)	3 (42.8)	1 (14.3)	2 (28.6)	-
93	ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน* ϕ	62.5 ± 37.7	62.50	1 (10.0)	2 (20.0)	2 (20.2)	1 (10.0)	4 (40.0)	-
94	ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน* ϕ	50.0 ± 23.6	50.0	1 (10.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	0	-

ตารางที่ 17 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน) ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) จำนวน 24 ข้อคำถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 78 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม		ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	จำนวนผู้ได้คะแนนในแต่ละข้อ** (ร้อยละ)					ข้อมูลที่หายไป (ร้อยละ)
				0	25	50	75	100	
95	ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน* ϕ	72.5 ± 34.3	87.5	1 (10.0)	0	3 (30.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	-
96	ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน* ϕ	77.5 ± 34.3	100.0	1 (10.0)	0	2 (20.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	-

* คือ ข้อคำถามที่แสดงระดับคุณภาพชีวิตในทางลบ

** คือ คะแนนเท่ากับ 0 แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด และคะแนนเท่ากับ 100 แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ϕ คือ ข้อคำถามที่ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้ยารูปแบบพิเศษ ดังนั้นร้อยละที่แสดงคิดจากจำนวนผู้ที่ใช้ยารูปแบบนั้นจริง [แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินเท่ากับ 7 คน (ข้อคำถาม 91-92) และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินเท่ากับ 10 คน (ข้อคำถาม 93-96)]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(5) การทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

(5.1) การทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ (ส่วนที่ 1)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ

สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบในการทดสอบความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อคำถามที่ 1-72 (HRQoL aspect) แบ่งเป็น 17 ด้านเริ่มต้นคือ (1) ด้านความแข็งแรงของร่างกาย 4 ข้อ (2) ด้านการนอนหลับ 4 ข้อ (3) ด้านความอยากอาหาร 6 ข้อ (4) ด้านอารมณ์ 5 ข้อ (5) ด้านความวิตกกังวล 5 ข้อ (6) ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ 6 ข้อ (7) ด้านความมีชีวิตชีวา 5 ข้อ (8) ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน 4 ข้อ (9) ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ 3 ข้อ (10) ด้านความพอใจในตนเอง 5 ข้อ (11) ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ 4 ข้อ (12) ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5 ข้อ (13) ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม 6 ข้อ (14) ด้านอาการอยากสูบบุหรี่ 4 ข้อ (15) ด้านอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 2 ข้อ (16) ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ (17) ด้านความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 72 ข้อคำถาม การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นการทดสอบว่าข้อคำถามต่างๆเหล่านี้ควรรวมกันเป็นกลุ่มในลักษณะ 17 ด้านดังที่กำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มต้นหรือไม่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 431 คนหลังจากทำการตัดข้อมูลที่ขาดหายไปแบบ exclude case listwise เหลือจำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งสิ้น 409 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ สำหรับขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าค่าเมตริกสหสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ค่าสหสัมพันธ์ต้านเงาหรือค่าลบของค่าสัมประสิทธิ์เชิงส่วนมีค่าน้อยมากใกล้เคียงศูนย์หรือติดลบ ส่วนค่าวัดความเพียงพอของการสุ่ม (KMOMSA) รวมสำหรับทุกข้อคำถามมีค่า 0.918 ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ค่า squared multiple correlation (SMC) มีค่าอยู่ในช่วง 0.286-0.789 โดยมีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ (ร้อยละ 50) ที่มีค่า SMC มากกว่า 0.62 สำหรับค่า SMC ที่ได้นี้ใช้เป็นค่าความร่วมกันเริ่มต้นในการวิเคราะห์องค์ประกอบ หลังจากผ่านขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบโดยใช้วิธีแกนหลัก (principal axis factoring) พบว่ามีจำนวน 17 ด้านที่มีค่า eigenvalue มากกว่า 1 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 66.8 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด (ตารางที่ 18)

เนื่องจากค่า eigenvalue ตั้งแต่ด้านที่ 3 เป็นต้นไปไม่แตกต่างกันมากกว่า 0.20 และเมื่อพิจารณาจากแผนภาพ Cattell's scree test (รูปที่ 6) พบว่าด้านที่เหมาะสมอยู่ในช่วง 3-5 ด้าน ซึ่งจำนวนด้าน 3-5 สามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ในช่วงร้อยละ 36.7-43.5 จากนั้นจึงได้ระบุจำนวนของการสกัดองค์ประกอบเป็น 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และมีการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธี promax เพื่อให้ได้รูปแบบองค์ประกอบที่เหมาะสม พบว่าจำนวนของด้านที่กำหนดไว้ที่ 4 ด้าน สามารถให้รูปแบบองค์ประกอบที่ชัดเจนและมีลักษณะของ simple structure ที่ดีกว่าที่ 3 และ 5 ด้าน โดยทั้ง 4 ด้านสามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 40.2 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด จากการระบุจำนวนของการสกัดองค์ประกอบเป็น 4 ด้านและใช้เกณฑ์ในการพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละด้านที่ต่ำกว่า 0.50 ออก พบว่ามีข้อคำถามที่ยังคงไว้จำนวน 42 ข้อคำถาม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.506-0.811 สำหรับจำนวน 30 ข้อที่ถูกตัดออกเนื่องจากมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.50 จำนวน 13 ข้อคำถาม และมีข้อคำถามที่มีความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่างด้านไม่ชัดเจน (แตกต่างกันน้อยกว่า 0.20) จำนวน 17 ข้อคำถาม จากนั้นนำข้อคำถามที่เหลือมาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบซ้ำจนกว่าจะได้รูปแบบองค์ประกอบที่ดีที่สุด (Radwin, Alster และ Rubin, 2003) โดยการนำข้อคำถามที่เหลือ 42 ข้อมาสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีแกนหลักและหมุนแกนองค์ประกอบแบบ promax เป็นครั้งที่ 2 พบว่ามีข้อคำถามอีก 6 ข้อถูกตัดออกเนื่องจากมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.50 เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.502-0.895 จากนั้นนำข้อคำถามที่เหลือ 36 ข้อมาทำการสกัดองค์ประกอบและหมุนแกนองค์ประกอบเป็นครั้งที่ 3 พบว่าข้อคำถามที่เหลือทั้ง 36 ข้อสามารถให้รูปแบบองค์ประกอบที่ชัดเจนและมีลักษณะของ simple structure ที่ดีที่สุด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในช่วง 0.508-0.907 โดยด้านที่ 1 ให้ชื่อว่าด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being) จำนวน 18 ข้อคำถาม สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 25.5 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ในช่วง 0.508-0.802 ด้านที่ 2 ให้ชื่อว่าด้านความพึงพอใจ (satisfaction) จำนวน 8 ข้อคำถาม สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 7.4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ในช่วง 0.519-0.832 ด้านที่ 3 ให้ชื่อว่าด้านการควบคุมตนเอง (self-control) จำนวน 4 ข้อคำถาม สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 3.7 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ในช่วง 0.649-0.907 และด้านที่ 4 ให้ชื่อว่าด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems) จำนวน 6 ข้อคำถาม สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 3.6 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ในช่วง 0.520-0.721 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้าน (factor correlation matrix) ของด้านที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.369 ด้านที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.388 ด้านที่

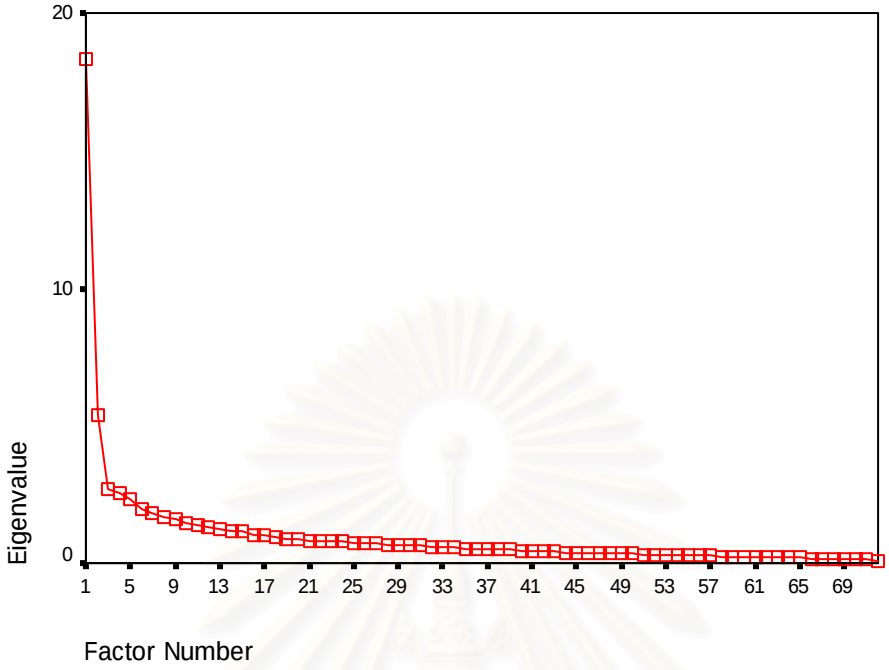
3 และ 4 เท่ากับ 0.442 ด้านที่ 1 และ 3 เท่ากับ 0.624 ด้านที่ 1 และ 4 เท่ากับ 0.606 ด้านที่ 2 และ 4 เท่ากับ 0.332 โดยทั่วไปค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้านที่มีค่ามากกว่า 0.32 แสดงถึง factor แต่ละคู่มีความแปรปรวน (variance) ร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ดังนั้นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้านของเครื่องมือนี้จึงเป็นการยืนยันว่าการใช้วิธีหมุนแกนขององค์ประกอบแบบมุมแหลม (oblique rotation) มีความเหมาะสมเนื่องจากการหมุนแกนขององค์ประกอบชนิดนี้ให้ผลของค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ชัดเจนโดยแต่ละ factor ไม่ได้เป็นอิสระต่อกัน (Tabachnick และ Fidell, 1996) สำหรับการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ของ residual correlation matrix พบว่าส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียงศูนย์และติดลบ และมีข้อคำถามจำนวน 18 คู่ (ร้อยละ 2.8) ที่มีค่า correlation coefficient มากกว่า 0.10 โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.105-0.384 สำหรับผลค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือแสดงดังตารางที่ 19

การวิเคราะห์ข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อคำถามใช้หลักการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการพิจารณาความสอดคล้องภายในเพื่อยืนยันผลหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแล้ว โดยพิจารณาจากค่า Cronbach's coefficient alpha ของแต่ละด้าน, corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถาม และค่า Cronbach's coefficient alpha if deleted item โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกข้อคำถาม คือ (1) Cronbach's coefficient alpha ของแต่ละด้าน $\geq$ 0.70 (2) corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถาม $\geq$ 0.30 (3) Cronbach's coefficient alpha if deleted item $<$ Cronbach's coefficient alpha ของแต่ละด้าน หากข้อคำถามใดไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ จึงจะถูกตัดออกจากแต่ละด้านของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha รวมของเครื่องมือทั้งฉบับ (36 ข้อคำถาม) เท่ากับ 0.9331 โดยที่ค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.9187, 0.8764, 0.8737 และ 0.8299 ตามลำดับ และข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้านมีค่า corrected item-total correlation มากกว่า 0.30 โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.4285-0.7866 สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อคำถามโดยวิธีการพิจารณาความสอดคล้องภายในแสดงดังตารางที่ 20

ตารางที่ 18 **ค่า** initial eigenvalue, percentage of variance, eigenvalue difference **และ** cumulative percentages of variance **ของ** 17 **องค์ประกอบแรก**

องค์ประกอบ	initial eigenvalue	eigenvalue difference	percentage of variance	Cumulative percentage
1	18.356	-	25.494	25.494
2	5.362	12.994	7.447	32.942
3	2.679	2.683	3.721	36.663
4	2.559	0.120	3.554	40.217
5	2.348	0.211	3.261	43.478
6	1.975	0.373	2.743	46.221
7	1.824	0.151	2.533	48.754
8	1.670	0.154	2.320	51.073
9	1.593	0.077	2.213	53.286
10	1.482	0.111	2.058	55.344
11	1.378	0.104	1.913	57.258
12	1.316	0.062	1.828	59.085
13	1.225	0.091	1.702	60.787
14	1.166	0.059	1.619	62.406
15	1.152	0.014	1.600	64.006
16	1.036	0.116	1.439	65.445
17	1.001	0.035	1.391	66.836
18	.963	0.038	1.338	68.173
19	.887	0.076	1.233	69.406
20	.877	0.010	1.217	70.623
21	.829	0.048	1.152	71.775
22	.821	0.008	1.140	72.915
23	.794	0.027	1.102	74.018
24	.765	0.029	1.063	75.080
25	.746	0.019	1.035	76.116



รูปที่ 6 แผนภาพ Cattell's scree test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ผลค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จากกลุ่มตัวอย่าง 409 คน

ข้อคำถาม	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	h^2-communality
องค์ประกอบที่ 1 ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being)					
20. ฉันรู้สึกเศร้าซึม[a]	0.802	0.065	-0.105	-0.144	0.548
29. ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง[a]	0.793	0.057	-0.036	-0.045	0.653
21. ฉันรู้สึกตึงเครียด[a]	0.749	-0.032	0.023	-0.051	0.597
30. ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ[a]	0.740	0.074	0.020	-0.106	0.598
28. ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ[a]	0.706	0.136	0.098	-0.136	0.622
23. ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ[a]	0.660	0.064	0.067	-0.027	0.566
16. ฉันรู้สึกโกรธง่าย[a]	0.621	-0.090	0.049	0.132	0.750
2. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ[a]	0.619	-0.184	-0.590	0.015	0.494
44. ฉันมีอาการอ่อนเพลีย[a]	0.603	-0.021	0.083	0.038	0.628
15. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย[a]	0.598	-0.071	0.114	0.106	0.726
4. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน[a]	0.588	-0.136	-0.088	-0.023	0.483
12. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร[a]	0.571	-0.004	-0.078	-0.117	0.249
17. ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย[a]	0.569	-0.104	0.095	0.189	0.649
43. ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ[a]	0.565	-0.015	0.161	-0.046	0.551
34. ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน[a]	0.539	0.090	-0.057	-0.015	0.411

ตารางที่ 19 ผลค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จากกลุ่มตัวอย่าง 409 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	h^2-communality
องค์ประกอบที่ 1 ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being) (ต่อ)					
3. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น[a]	**0.531**	-0.076	-0.087	0.104	0.487
36. ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์[a]	**0.517**	0.028	-0.054	0.015	0.389
5. เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก[a]	**0.508**	0.007	-0.029	-0.049	0.281
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความพึงพอใจ (satisfaction)					
57. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง[b]	-0.075	**0.832**	0.071	-0.112	0.645
59. ฉันรู้สึกนับถือตนเอง[b]	-0.141	**0.790**	0.072	-0.054	0.621
60. ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง[b]	-0.122	**0.778**	0.018	0.034	0.587
56. ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว[b]	-0.082	**0.767**	-0.093	-0.021	0.547
63. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**[b]	0.131	**0.666**	-0.192	0.115	0.657
64. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ**เพื่อนฝูง**[b]	0.068	**0.614**	-0.148	0.130	0.622
27. ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า[a]	0.023	**0.524**	0.207	-0.057	0.494
25. ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง[a]	0.158	**0.519**	0.099	-0.063	0.494
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการควบคุมตนเอง (self-control)					
41. ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ[a]	-0.018	-0.007	**0.907**	-0.063	0.676
39.ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก[a]	0.026	-0.021	**0.866**	-0.079	0.669

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ผลค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) จากกลุ่มตัวอย่าง 409 คน (ต่อ)

ข้อคำถาม	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	h^2-communality
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการควบคุมตนเอง (self-control) (ต่อ)					
40. ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่[a]	-0.016	0.027	**0.782**	0.024	0.635
52. ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ[b]	-0.101	-0.041	**0.649**	0.189	0.467
องค์ประกอบที่ 4 ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems)					
55. ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ[b]	-0.185	-0.062	-0.026	**0.721**	0.597
54. ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่[b]	-0.154	-0.078	-0.009	**0.671**	0.592
61. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[b]	0.097	0.046	0.028	**0.634**	0.723
62. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[b]	0.146	0.046	0.028	**0.620**	0.752
49. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[a]	0.157	0.161	0.026	**0.561**	0.681
50. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[a]	0.192	0.111	0.059	**0.520**	0.676

หมายเหตุ a = ตัวเลือกประเมินความบ่อย คือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา

b = ตัวเลือกประเมินความมากน้อย คือ 1=ไม่เลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ค่า Corrected Item-Total correlation และค่า Alpha if Item deleted ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1)

ข้อคำถาม	Cronbach's coefficient alpha	Corrected Item-Total correlation	Alpha if Item deleted	จำนวนที่ใช้วิเคราะห์ (คน)
ความเที่ยงรวมของเครื่องมือวัดทุกด้าน (36 ข้อ) = 0.9331				423
ด้านที่ 1 ความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being)	0.9187			429
20. ฉันรู้สึกเศร้าซึม[a]		0.6454	0.9108	
29. ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง[a]		0.7232	0.9089	
21. ฉันรู้สึกตึงเครียด[a]		0.6833	0.9098	
30. ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ[a]		0.6686	0.9102	
28. ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ[a]		0.6762	0.9098	
23. ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ[a]		0.6646	0.9102	
16. ฉันรู้สึกโกรธง่าย[a]		0.6776	0.9009	
2. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ[a]		0.5282	0.9138	
44. ฉันมีอาการอ่อนเพลีย[a]		0.6366	0.9109	
15. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย[a]		0.6851	0.9098	
4. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน[a]		0.4674	0.9156	
12. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร[a]		0.4285	0.9159	
17. ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย[a]		0.6740	0.9098	

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha **ค่า** Corrected Item-Total correlation **และค่า** Alpha if Item deleted **ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) (ต่อ)**

ข้อคำถาม	Cronbach's coefficient alpha	Corrected Item-Total correlation	Alpha if Item deleted	จำนวนที่ใช้วิเคราะห์ (คน)
ด้านที่ 1 ความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being) **(ต่อ)**				
43. ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ[a]		0.6033	0.9118	
34. ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน[a]		0.5039	0.9146	
3. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น[a]		0.5024	0.9143	
36. ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์[a]		0.4798	0.9152	
5. เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก[a]		0.4435	0.9167	
ด้านที่ 2 ความพึงพอใจ (satisfaction)	0.8764			426
57. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง[b]		0.7257	0.8511	
59. ฉันรู้สึกนับถือตนเอง[b]		0.6928	0.8546	
60. ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง[b]		0.6993	0.8543	
56. ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว[b]		0.6404	0.8604	
63. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**[b]		0.6282	0.8616	
64. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ**เพื่อนฝูง**[b]		0.5863	0.8659	
27. ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า[a]		0.5560	0.8679	
25. ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง[a]		0.5546	0.8698	

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha **ค่า** Corrected Item-Total correlation **และค่า** Alpha if Item deleted **ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) (ต่อ)**

ข้อคำถาม	Cronbach's coefficient alpha	Corrected Item-Total correlation	Alpha if Item deleted	จำนวนที่ใช้วิเคราะห์ (คน)
ด้านที่ 3 การควบคุมตนเอง (self-control)	0.8737			429
41. ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ[a]		0.7866	0.8017	
39.ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก[a]		0.7706	0.8102	
40. ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่[a]		0.7359	0.8245	
52. ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ[b]		0.6096	0.8842	
ด้านที่ 4 ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems)	0.8299			430
55. ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ[b]		0.5097	0.8149	
54. ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่[b]		0.4784	0.8227	
61. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[b]		0.6459	0.7844	
62. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[b]		0.6681	0.7807	
49. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**[a]		0.6558	0.7847	
50. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**[a]		0.6311	0.7898	

หมายเหตุ a = ตัวเลือกประเมินความบ่อย คือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา

b = ตัวเลือกประเมินความมากน้อย คือ 1=ไม่เลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบ known-group validity

การทดสอบ known-group validity เพื่อพิจารณาความสามารถของเครื่องมือในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันโดยนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) (HRQoL aspect) หลังผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์ข้อคำถามมาทำการเปรียบเทียบความสามารถในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา $\geq$ 3 เดือน จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดคือ 266 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่จำนวน 155 คน และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา $\geq$ 3 เดือนจำนวน 111 คน โดยมีสมมุติฐานว่า กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่เมื่อผ่านระยะแรกที่มีอาการถอนนิโคตินแล้วจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ โดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านมาใช้ในการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว จากการใช้ Kolmogorov-Smirnov's statistic ในการทดสอบการแจงแจงของข้อมูล (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546ข) ประกอบกับ normal probability plot และ detrended normal plot พบว่าไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติและการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ Levene's test พบว่าความแปรปรวนมีค่าใกล้เคียงกัน (sig.2-tailed > 0.347) ดังนั้นจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ในการทดสอบสมมติฐาน สำหรับผลการทดสอบสมมติฐานแสดงดังตารางที่ 21

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปจะสูงกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 8 ด้านคือ 1) ความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ 2) ความมีชีวิตชีวา 3) สุขภาพจิต 4) การนอนหลับ 5) ความวิตกกังวล 6) การควบคุมตนเอง 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) การยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (Stewart และคณะ, 1995; Olufade และคณะ,1999; Shaw และคณะ, 2001; Zilich และคณะ, 2002) ผลการวิจัยนี้พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ $\geq$ 3 เดือนและกลุ่มที่สูบบุหรี่มีค่าดังนี้ ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไปมีค่าเท่ากับ 73.61 และ 61.11 ด้านความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 84.38 และ 71.88 ด้านการควบคุมตนเองมีค่าเท่ากับ 93.75 และ 50.00 ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มีค่าเท่ากับ 79.17 และ 66.67 ตามลำดับ และผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปสูงกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน (sig.2-tailed < 0.02) ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมใน 4 ด้านแรกคือ 1) ความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ 2) ความมีชีวิตชีวา 3) สุขภาพจิต 4) การนอนหลับ ซึ่งด้านต่างๆเหล่านี้ได้รวมอยู่ในด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไปและด้านความพึงพอใจของเครื่องมือที่ได้สร้างขึ้น นอกจากนี้ด้านการควบคุมตนเองของเครื่องมือมีความสอดคล้องกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมเช่นกัน ดังนั้นเครื่องมือนี้สามารถแยกแยะคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (266 คน)

ด้าน	ภาวะของการสูบบุหรี่	Descriptive statistics			Kolmogorov-Smirnov's statistic		Levene's Test		Mann-Whitney U-test: rank		Mann-Whitney U-test: test statistic	
		mean±SD	median	mode	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well being)[α]	กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (111 คน)	69.12 ± 15.88	73.61	73.61	0.116	0.001*	0.729[a] 0.887[b]	0.394 0.347	154.11	17106.50	6314.50	<0.001*
	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (155 คน)	61.45 ± 17.48	61.11	51.39 75.00	0.064	0.200*			118.74	18404.50		
ความพึงพอใจ (satisfaction)[β]	กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (111 คน)	79.41 ± 17.72	84.38	100.00	0.127	<0.001*	0.074[a] 0.153[b]	0.786 0.696	160.18	17779.50	5641.50	<0.001*
	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (155 คน)	69.61 ±17.53	71.88	68.75	0.093	0.002*			114.40	17731.50		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1) ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (266 คน) (ต่อ)

Statistic	ภาวะของการสูบบุหรี่	Descriptive statistics			Kolmogorov-Smirnov's statistic		Levene's Test		Mann-Whitney U-test: rank		Mann-Whitney U-test: test statistic	
		mean±SD	median	mode	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
การควบคุมตนเอง (self-control)$^{\phi}$	กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (111 คน)	81.98 ± 22.04	93.75	100.00	0.226	<0.001*	0.280[a] 0.022[b]	0.597 0.883	186.31	20680.00	2741.00	<0.001*
	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (155 คน)	51.98 ± 21.17	50.00	50.00	0.092	0.003*			95.68	14831.00		
ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems)$^{\delta}$	กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ (111 คน)	74.14 ±19.82	79.17	100.00	0.129	<0.001*	0.031[a] 0.062[b]	0.860 0.804	147.41	16362.50	7058.50	0.012*
	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (155 คน)	67.74 ± 20.57	66.67	66.67	0.102	<0.001*			123.54	19148.50		

หมายเหตุ * = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

α = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 2,3,4,5,12,15,16,17,20,21,23,28,29,30,34,36,43,44 β = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 25,27,56,57,59,60,63,64

ϕ = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 39,40,41,52 δ = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 49,50,54,55,61,62

a = based on mean b = based on median

(5.2) การทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อคำถาม

การหาความเที่ยงของเครื่องมือใช้วิธีการหาความสอดคล้องภายในร่วมกับการคัดเลือกหรือตัดข้อคำถามโดยวิธีวิเคราะห์ข้อคำถาม โดยหาค่า Cronbach's coefficient alpha ของแต่ละด้าน, corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถาม และค่า Cronbach's coefficient alpha if deleted item โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกข้อคำถามใช้หลักเกณฑ์ 3 ข้อเช่นเดียวกันสำหรับเครื่องมือในส่วนนี้เฉพาะข้อคำถามข้อที่ 73-90 (18 ข้อคำถาม) เท่านั้นที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อคำถามได้ เนื่องข้อคำถามที่ 91-96 เป็นข้อคำถามที่ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้ยารูปแบบพิเศษซึ่งมีผู้ใช้จำนวนน้อย จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดคือ 78 คน ผลการพิจาณาพบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha รวมของเครื่องมือ (18 ข้อคำถาม) เท่ากับ 0.8256 โดยที่ค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.8116, และ 0.7686 ตามลำดับ และข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้านมีค่า corrected item-total correlation อยู่ในช่วง 0.2598-0.6789 สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อคำถามโดยวิธีการพิจารณาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในส่วนที่ 2 แสดงดังตารางที่ 22

การทดสอบ known group validity

สำหรับการทดสอบความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (PTRQoL aspect) ใช้วิธี known-group validity โดยจะทำการทดสอบหลังจากเครื่องมือผ่านการการวิเคราะห์ข้อคำถามแล้ว การทดสอบทำเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งนี้จะพิจารณาความสามารถในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดคือ 46 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR 36 คน และกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน 10 คน โดยมีสมมติฐานว่ากลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR จะมีคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน โดยเฉพาะด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (Fortner และคณะ, 1999; Hajek และคณะ, 1999) โดยจะใช้คะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาจากทั้ง 2 ด้านมาใช้ในการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว คือ ด้านที่ 1 ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา (8 ข้อคำถาม) และด้านที่ 2 ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา [bupropion SR ประกอบด้วยข้อคำถามด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา 10 ข้อ (ข้อคำถาม81-90) ส่วนหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน

ประกอบด้วยข้อคำถามอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา 10 ข้อ (ข้อคำถาม 81-90) และข้อคำถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ 4 ข้อคำถาม (ข้อคำถาม 93-96)] จากการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน เนื่องจากขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มน้อยกว่า 50 คน จึงใช้ Shapiro-Wilks's statistic ในการทดสอบการแจงแจงของข้อมูล (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546ข) ประกอบกับ normal probability plot และ detrended normal plot พบว่าไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติและการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้ Levene's test พบว่ามีค่าความแปรปรวนใกล้เคียงกัน (sig.2-tailed > 0.284) ดังนั้นจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ในการทดสอบสมมติฐาน สำหรับผลการทดสอบสมมติฐานแสดงดังตารางที่ 23 พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาทั้งสองด้านในกลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR และกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินมีค่าดังนี้ ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 85.94 และ 67.19 ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีค่าเท่ากับ 82.50 และ 83.04 ตามลำดับ และผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาในด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยาในกลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR สูงกว่ากลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig.2-tailed = 0.030) ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (sig.2-tailed = 0.424) ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงสามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่ใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินได้โดยเฉพาะด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา

สำหรับการสรุปคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่แสดงในตารางที่ 24 คะแนนที่ได้จากเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาไม่พบ floor และ ceiling effect ในทุกด้านและค่าความเบ้ (skewness) เป็นลบในทุกด้าน แสดงว่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างกระจายมาทางด้านคะแนนสูง (มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า) สำหรับสรุปลำดับขั้นตอนการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ แสดงดังรูปที่ 7 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่หลังจากการผ่านการวิเคราะห์คุณสมบัติความตรงและความเที่ยงแสดงในภาคผนวก ฌ (แบบบันทึกการติดตามการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่)

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha **ค่า** Corrected Item-Total correlation **และค่า** Alpha if Item deleted **ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) (18 ข้อคำถาม)***

ข้อคำถาม	Cronbach's coefficient alpha	Corrected Item-Total correlation	Alpha if Item deleted	จำนวนที่ใช้วิเคราะห์ (คน)
ความเที่ยงรวมของเครื่องมือวัดทุกด้าน (18 **ข้อ**) = 0.8256				78
ด้านที่ 1 **ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา** (psychosocial consequences)	0.8116			78
73.ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่ [b]		0.5367	0.7783	
74.ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ [b]		0.5969	0.7712	
75.ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน [b]		0.5388	0.7781	
76.ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก [b]		0.6789	0.7623	
77.ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา [b]		0.3364	0.8071	
78.ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ [b]		0.5247	0.7802	
79.ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง [b]		0.5975	0.7692	
80.ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต [b]		0.3857	0.8045	
ด้านที่ 2 **อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา** (negative consequences)	0.7686			78
81.อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน [b]		0.4270	0.7373	
82.ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ [a]		0.4538	0.7377	
83.ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ [a]		0.3480	0.7474	
84.ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ [a]		0.2598	0.7675	

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการพิจารณาความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha **ค่า** Corrected Item-Total correlation **และค่า** Alpha if Item deleted **ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) (18 ข้อคำถาม)* (ต่อ)**

ข้อคำถาม	Cronbach's coefficient alpha	Corrected Item-Total correlation	Alpha if Item deleted	จำนวนที่ใช้วิเคราะห์ (คน)
ด้านที่ 2 อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา (negative consequences) (ต่อ)				
85.ฉันรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]		0.4605	0.7342	
86.ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]		0.4208	0.7386	
87.ฉันมีอาการปวดแสบยอดอก(บริเวณลิ้นปี่)หรือไม่สบายท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่		0.5378	0.7217	
88.ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]		0.5737	0.7139	
89.ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]		0.3865	0.7428	
90.ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่[a]		0.4409	0.7368	

หมายเหตุ a = ตัวเลือกประเมินความบ่อย คือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา

b = ตัวเลือกประเมินความมากน้อย คือ 1=ไม่เลย, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=ค่อนข้างมาก, 5=มาก

* = คำถามข้อที่ 91-96 เป็นคำถามเฉพาะผู้ที่ใช้ยารูปแบบพิเศษ (แผ่นปิดผิวหนังและหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน) ไม่ได้นำมาร่วมในการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ส่วนที่ 2) ระหว่างกลุ่มที่ใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (46 คน)

ด้าน	ยาที่ใช้	Descriptive statistics			Shapiro-Wilk's statistic		Levene's Test		Mann-Whitney U-test: rank		Mann-Whitney U-test : test statistic	
		mean±SD	median	mode	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา$^{\chi}$	bupropion (36 คน)	80.38 ± 17.45	85.94	100.00	0.902	0.004*	0.227[a] 0.044[b]	0.636 0.835	25.75	927.00	99.00	0.030*
	หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (10 คน)	68.75 ± 15.17	67.19	56.25 81.25	0.959	0.777			15.40	154.00		
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา$^{\Omega}$	bupropion (36 คน)	77.78 ±14.38	82.50	85.00	0.946	0.081	1.176[a] 0.095[b]	0.284 0.759	24.33	876.00	150.00	0.424
	หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (10 คน)	72.67 ± 18.29	83.04	85.75 87.50	0.813	0.021*			20.50	205.00		

หมายเหตุ * = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

χ = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 73-80 Ω = ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 81-90 และ 93-96

a = based on mean b = based on median

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

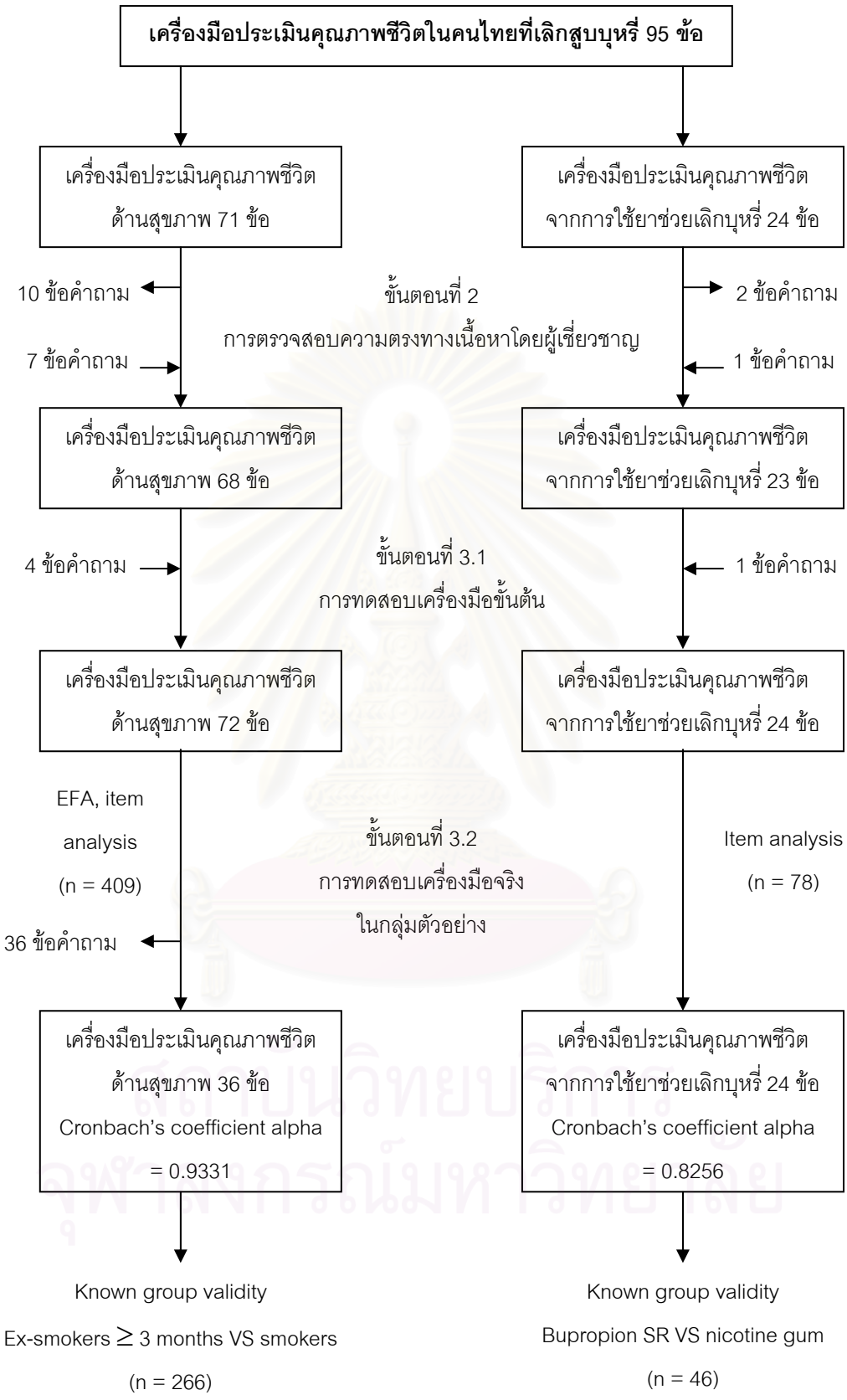
ตารางที่ 24 สรุปคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ด้าน	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ช่วงคะแนน (range)	ร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน (% floor)	ร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละด้าน (% ceiling)	ความเบ้ (skewness)	ความโด่ง (kurtosis)
ความเป็นอยู่โดยทั่วไป* (general well being)	65.50 ± 17.21	15.28 - 100.00	0.20	0.70	-0.22	-0.54
ความพึงพอใจ* (satisfaction)	64.23 ± 25.37	3.13 - 100.00	0.20	6.30	-0.43	-0.46
การควบคุมตนเอง* (self-control)	69.98 ± 20.84	0 - 100.00	0.70	13.20	-0.20	-0.92
ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์* (mental and emotional problems)	71.98 ± 18.56	16.67 - 100.00	0.20	10.90	-0.39	-0.68
ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา** (psychosocial consequences)	75.92 ± 18.26	31.25 - 100.00	1.30	12.80	-0.48	-0.59
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา** (negative consequences)	80.37 ± 15.25	35.71 - 100.00	1.30	5.10	-0.83	-0.13

* คำนวณเทียบจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 431 คน

** คำนวณเทียบจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปที่ 7 สรุปลำดับขั้นตอนการสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยในการทดสอบเครื่องมือได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือ (ภาคผนวก ฉ) ดังนี้ ความคิดเห็นในส่วนของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 431 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถใช้ประเมินสุขภาพกาย จิตใจและรวมทั้งการเข้าสังคมของตนเองได้มีอยู่เป็นจำนวน 200 คน (ร้อยละ 46.4) ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีความคิดเห็นว่าแบบสอบถามนี้ไม่สามารถใช้ประเมินสุขภาพกาย จิตใจและรวมทั้งการเข้าสังคมของตนเองได้มีอยู่เป็นจำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.2) ผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็นในส่วนนี้ (missing data) เป็นจำนวน 149 คน (ร้อยละ 34.6) และส่วนที่เหลือไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนี้สามารถใช้ประเมินสุขภาพกาย จิตใจและรวมทั้งการเข้าสังคมของตนเองได้เป็นจำนวน 64 คน (ร้อยละ 14.8) สำหรับความคิดเห็นในส่วนของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถใช้ประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่รวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้มีทั้งหมด 27 คน(ร้อยละ 34.6) ส่วนผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีความเห็นว่าแบบสอบถามนี้ไม่สามารถใช้ประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่รวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้มีทั้งหมด 7 คน (ร้อยละ 9.0) ผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็นในส่วนนี้ (missing data) เป็นจำนวน 37 คน (ร้อยละ 47.4) และส่วนที่เหลือไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนี้จะสามารถใช้ประเมินตนเองได้มีทั้งหมด 7 คน (ร้อยละ 9.0)

สำหรับการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 431 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความคิดเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายเป็นจำนวน 199 คน (ร้อยละ 46.1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความคิดเห็นว่าแบบสอบถามนี้ยากต่อการทำความเข้าใจเป็นจำนวน 31 คน (ร้อยละ 7.2) ผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็นในส่วนนี้ (missing data) เป็นจำนวน 155 คน (ร้อยละ 36.0) และส่วนที่เหลือตอบว่าไม่แน่ใจจำนวน 46 คน (ร้อยละ 10.7)

สำหรับความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ความคิดเห็นในทางลบเช่น ส่วนใหญ่ระบุว่าแบบสอบถามมีคำถามมากเกินไปแนะนำให้ลดจำนวนข้อลง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ตอบเบื่อในการตอบคำถาม นอกจากนี้คำถามค่อนข้างตอบยากต้องพิจารณาให้รอบคอบก่อนจึงสามารถตอบได้ใกล้เคียงกับตนเองหรือบางครั้งตัวเลือกในคำตอบไม่ตรงกับความรู้สึกมากนักแต่พอที่จะประมาณได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและคำถามบางข้อยังไม่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของตนเองมากนัก สำหรับตัวเลือก นานๆครั้ง และ บางครั้ง มีผู้ตอบบางคนสับสนไม่แน่ใจว่าตัวเลือกใดใกล้เคียงกับตนเองมากที่สุด แบบสอบถามบางข้อความหมายกว้างเกินไปทำให้ตอบยากว่าต้องการประเมินเฉพาะที่เกิดจากบุหรี่หรือภาวะโดยรวมและบางข้อเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว เช่น

เครียด หงุดหงิด ซึ่งบางครั้งไม่ได้เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้คำถามบางข้อเหมือนเป็นคำถามของคนที่เลิกสูบบุหรี่มากกว่าแต่คนที่สูบบุหรี่ก็พอที่จะประเมินได้ ความคิดเห็นในทางบวก เช่น แบบสอบถามอ่านแล้วสามารถประเมินได้อย่างคร่าวๆว่าตนเองจัดอยู่ในระดับใดรวมทั้งเข้าใจสภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้นและแบบสอบถามมีความละเอียดดีครอบคลุมความเป็นอยู่ในทุกด้าน ข้อคำถามสั้น กระชับ อ่านแล้วได้ใจความตอบได้ทันที แบบสอบถามสามารถประเมินสุขภาพจิตใจได้เป็นอย่างดีโดยเฉพาะในช่วงที่กำลังเลิกบุหรี่ใหม่ๆ และการตอบแบบสอบถามนี้ยังช่วยในการกระตุ้นเตือนให้ไม่กลับไปสูบบุหรี่ เนื่องจากอ่านแล้วสามารถประเมินได้ว่าขณะที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีข้อดีกว่าตอนที่ยังสูบอย่างไรบ้าง ทำให้มีกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ต่อไป นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะว่าหลังจากที่ประเมินตนเองเรียบร้อยแล้วน่าจะมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวควบคู่ไปด้วยเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การนำเสนอในบทนี้ประกอบด้วย 1. การอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างเครื่องมือ (2) การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ (3) การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น (4) การทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่าง 2. สรุปผลการวิจัย 3. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

การอภิปรายผลการวิจัย

(1) การสร้างเครื่องมือ

จากการศึกษาของ Olufade และคณะ (1999) ได้สร้าง SCQoL ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ SF-36 (8 ด้าน) ร่วมกับข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (5 ด้าน) รวมทั้งหมด 13 ด้าน จำนวน 51 ข้อคำถาม จากการทดสอบในผู้ที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่พบว่า SF-36 พบ ceiling effect ถึง 4 ด้านคือ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์และด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย แสดงว่าด้านต่างๆเหล่านี้อาจไม่สามารถแยกแยะคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งในส่วนของข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีค่า Cronbach's coefficient alpha ค่อนข้างต่ำคือ 0.68-0.86 นอกจากนี้ในประเทศไทยยังไม่มีผู้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่มาก่อน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือนี้ขึ้น โดยมีแนวความคิดว่าควรนำข้อคำถามของ SF-36 เฉพาะด้านที่จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายมาศึกษาและสร้างข้อคำถามที่เฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เพิ่มเติม ซึ่งจะทำให้ได้เครื่องมือที่มีเนื้อหาในเชิงลึกมากขึ้นและยังเป็นการลดปัญหาของจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไปหากใช้ SF-36 ทั้ง 36 ข้อคำถาม และข้อคำถามบางด้านใน SF-36 เช่นด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลักษณะของข้อคำถามเหมาะสำหรับการประเมินโดยทั่วไปและยังไม่จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายมากนัก นอกจากนี้การนำข้อคำถามมาวิเคราะห์ร่วมกันทั้งหมดทำให้ทราบโครงสร้างที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

สำหรับขั้นตอนแรกของการวิจัยนี้คือ การสร้างเครื่องมือ ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดคำนิยามคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น การสร้างข้อคำถามในเครื่องมือและกำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือกต่อไป สำหรับคำนิยามที่ใช้ในการวิจัยนี้ประยุกต์มาจากคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เสนอโดย Schron และ Shumaker (1992) และ Patrick และ Erickson (1993) ร่วมกับคำนิยามคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่เสนอโดย Murawski และ Bentley (2001) ซึ่งคำนิยามดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการกำหนดและจำแนกแต่ละด้านของข้อคำถามเบื้องต้น สำหรับการสร้างข้อคำถามได้ทำตามหลักการสร้างข้อคำถามที่ดีคือ สร้างข้อคำถามจำนวนมากในเครื่องมือเพื่อให้สามารถคัดเลือกข้อคำถามที่มีความเหมาะสมมากที่สุดในภายหลัง (Nunnally, 1978; Devellis, 1991; Juniper, Guyatt และ Jaeschke, 1996; Fayers และ Machin, 2000) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและเจ้าหน้าที่ในคลินิกเลิกบุหรี่ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อคำถามจากแบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF-36 ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด นอกจากนี้การเก็บรวมรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายและเจ้าหน้าที่ในคลินิกเลิกบุหรี่ยังทำให้มั่นใจได้ระดับหนึ่งว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงทางเนื้อหา สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่สัมภาษณ์มีคุณลักษณะหลากหลายโดยแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ ระดับการติดสารนิโคติน ปัจจัยการเสพติดบุหรี่ โดยประกอบทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้วทำให้ข้อมูลที่ได้ค่อนข้างหลากหลาย

สำหรับการกำหนดรูปแบบของตัวเลือกในเครื่องมือ การวิจัยนี้ได้เลือกใช้ตัวเลือกแบบ Likert scale เนื่องจากมีความเหมาะสมหลายประการ เช่น มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดีนั่นคือ มีความเที่ยงและความตรงสูง แต่ละข้อคำถามจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเนื่องจากทุกข้อคำถามมุ่งวัดสิ่งเดียวกัน ผู้ตอบทำความเข้าใจตัวเลือกได้ง่ายเนื่องจากนิยมใช้กันแพร่หลายและลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเดียวกันทำให้สามารถตอบข้อคำถามได้อย่างสะดวกและประหยัดเวลาในการตอบ นอกจากนี้การใช้ Likert scale ทำให้สามารถจัดเรียงรูปแบบของเครื่องมือได้ง่ายและประหยัดเนื้อที่ทำให้เครื่องมือมีขนาดกะทัดรัดไม่มีความยาวเกินไป ตัวเลือกแบบ Likert scale ยังเหมาะสำหรับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติขั้นสูงที่ต้องการตัวแปรในระดับ interval หรือ ratio ได้ ดังนั้นจึงเหมาะกับงานวิจัยนี้ที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ นอกจากนี้โดยหลักการของมาตรวัดรวมประมาณค่าหรือ Likert scale จะรวมคะแนนจากข้อคำถามหลายข้อ ดังนั้นจึงทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มเข้าสู่ศูนย์และค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้ใกล้เคียงกับค่าคะแนนที่

แท้จริงมากที่สุด สำหรับการเลือกใช้ Likert scale จำนวน 5 ระดับมีความเหมาะสมเนื่องจากค่า Cronbach's coefficient alpha จะแปรผันโดยตรงกับมาตรวัดหรือจำนวนตัวเลือก ดังนั้นตัวเลือกที่ 5 ระดับจะให้ค่า Cronbach's coefficient alpha ที่สูงกว่าตัวเลือก 3 ระดับ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะละเอียดกว่าทำให้ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ตัวเลือกที่ 5 ระดับยังทำให้ผู้ตอบสามารถแบ่งแยกคำตอบในแต่ละระดับออกจากกันได้ชัดเจนและจำนวนคำตอบมีเพียงพอสำหรับผู้ตอบสามารถประเมินภาวะสุขภาพได้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงของตนเองมากที่สุด รวมทั้งสามารถบอกระดับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเมื่อเวลาผ่านไปได้ นั่นคือ ทำให้เครื่องมือที่ได้มีความแม่นยำ ความเที่ยง ความตรง และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดี (Spector, 1992; Streiner และ Norman, 1995; Fayers และ Machin, 2000) อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้พบว่าการใช้ตัวเลือก 5 ระดับยังมีผู้ตอบจำนวนน้อยที่ไม่สามารถแยกแยะระดับตัวเลือก นานๆครั้ง และ บางครั้งได้ ดังนั้นหากใช้จำนวนตัวเลือกที่มากกว่านี้อาจทำให้การแบ่งระดับออกจากกันยากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ได้ใช้ตัวเลขกำกับตัวเลือกด้วยคือ 1=ไม่เคยเลย, 2=นานๆครั้ง, 3=บางครั้ง, 4=บ่อยๆ, 5=ตลอดเวลา ซึ่งช่วยให้ผู้ตอบสามารถประเมินทิศทางระดับความบ่อยได้ว่าตัวเลือกใดมีความบ่อยมากกว่ากัน

(2) การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือ โดยเป็นการยืนยันว่าข้อคำถามในเครื่องมือที่สร้างขึ้นนั้นวัดได้ตรงประเด็นและครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดของคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของแนวคิด ทฤษฎีของคุณภาพชีวิต การใช้ภาษาและรูปแบบของตัวเลือก ในการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเป็นเกณฑ์ตัดสิน การวิจัยนี้ได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญทางด้านบุหรี่หรือยาสูบจากแพทย์และบุคลากรประจำที่คลินิกเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะเพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อคำถามในเครื่องมือสามารถวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดและถูกต้องตามแนวคิดหรือทฤษฎีของคุณภาพชีวิต สำหรับการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาขึ้นกับความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก โดยทั่วไปกำหนดประมาณ 5-10 ท่าน การวิจัยนี้ได้กำหนดผู้เชี่ยวชาญไว้ที่ 9 ท่าน สำหรับผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านกำหนดเป็นดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งประกอบด้วยมาตรอันดับ (ordinal scale) 4 ระดับ ทำให้สามารถบอกระดับความตรงทางเนื้อหาของแต่ละข้อคำถามได้ดีกว่าการพิจาณาโดยการลงความเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามเท่านั้น สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาว่าข้อคำถามใดมีความตรงทางเนื้อหาใช้หลักการของ Lynn (1986) ที่กล่าวว่าควรมีสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยกับข้อคำถาม

อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด (ระบุอันดับเป็น 3 หรือ 4) ข้อคำถามนั้นจึงมีความตรงทางเนื้อหาที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ซึ่งการวิจัยนี้ต้องมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 7 ใน 9 ท่าน เห็นด้วยกับข้อคำถามจึงสามารถพิจารณาได้ว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงทางเนื้อหา อย่างไรก็ตามหลักการในการพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของ Lynn (1986) การกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่น้อยเกินไปอาจทำให้ข้อคำถามที่มีความสำคัญต่อกลุ่มเป้าหมายถูกตัดออกได้หากผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียวไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม นอกจากนี้ในกรณีที่จำนวนผู้เชี่ยวชาญน้อยและผู้เชี่ยวชาญบางท่านไม่ได้ลงคะแนนความตรงทางเนื้อหาในบางข้อคำถามอาจเนื่องจากไม่มีประสบการณ์โดยตรงในประเด็นนั้น จึงทำให้โอกาสที่ข้อคำถามอาจถูกตัดออกไปมีสูงขึ้นหากพิจารณาจากสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่เหลือ ดังนั้นควรกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 6 ท่านขึ้นไปเพื่อทำให้สามารถพิจารณาความตรงทางเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้นและทำให้ข้อคำถามนั้นมีโอกาสที่จะคงไว้ในเครื่องมือเพื่อทำการทดสอบในขั้นต่อไป สำหรับการวิจัยนี้กำหนดผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน จึงสามารถพิจารณาความตรงทางเนื้อหาได้โดยไม่เกิดปัญหาดังกล่าว แม้ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจะไม่ได้แสดงความคิดเห็นในบางข้อคำถาม

(3) การทดสอบเครื่องมือขั้นต้น

หลังจากที่เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว การทดสอบขั้นต่อไปคือ การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นเป็นการนำเครื่องมือมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อนการนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบจริงต่อไป การทดสอบขั้นต้นนี้เพื่อตรวจสอบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้เครื่องมือประเมินจริงเช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตอบข้อคำถาม การเรียงลำดับของข้อคำถาม ความเข้าใจต่อคำพูดหรือการใช้ภาษาในแต่ละข้อคำถาม ความยากง่ายในการทำความเข้าใจ และเวลาที่ใช้ในการตอบข้อคำถามในเครื่องมือ ผลการทดสอบพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 คนเข้าใจวิธีการตอบคำถามในเครื่องมือได้ดีเนื่องจากสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย อย่างไรก็ตามมีผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 คนที่บอกว่าไม่สามารถแยกระดับของตัวเลือกแบบประเมินความบ่อย (1 = ไม่เคยเลย, 2 = นานๆครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยๆ, 5 = ตลอดเวลา) คือ ไม่ทราบว่าตัวเลือกระหว่าง นานๆครั้ง กับ บางครั้งตัวเลือกใดมีความบ่อยมากกว่ากัน แต่เมื่อดูตัวเลขประกอบ คือ 2 = นานๆครั้ง และ 3 = บางครั้ง ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถประเมินได้ว่าตัวเลือก ‘บางครั้ง’ มีความบ่อยมากกว่า ‘นานๆครั้ง’ ดังนั้นการใช้ตัวเลขควบคู่กับตัวเลือกด้วยจึงมีประโยชน์ในกรณีที่มีผู้ตอบบางคนที่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความหมายของตัวเลือกสามารถตอบข้อคำถามได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป สำหรับการจัดเรียงลำดับของข้อคำถามผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรมีการจัดเรียงข้อคำถามเป็นหมวดหมู่ตามด้านต่างๆทำให้ตอบคำถามได้สะดวกและรวดเร็วไม่สับสน เนื่องจากถ้า

จัดเรียงข้อคำถามอย่างอิสระจะทำให้งงและไม่เข้าใจว่าทำไมต้องถามประเด็นเดิมซ้ำแต่หากนำข้อคำถามมาเรียงเป็นหมวดหมู่เดียวกันทำให้เข้าใจง่ายและสามารถแยกความแตกต่างของข้อคำถามแต่ละข้อในหมวดเดียวกันได้ง่ายขึ้น ดังนั้นในการทดสอบจริงจึงได้จัดเรียงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับเวลาที่ใช้ในการตอบข้อคำถามในเครื่องมือพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 20-25 นาทีสำหรับการตอบข้อคำถามทั้งหมด 96 ข้อ ดังนั้นการใช้เครื่องมือในทางปฏิบัติจริงควรพิจารณาลดข้อคำถามในเครื่องมือลงเพื่อประหยัดเวลาในการตอบคำถามและช่วยเพิ่มความร่วมมือในการตอบคำถาม เนื่องจากจำนวนคำถามที่มากเกินไปอาจทำให้ผู้ตอบเกิดความเบื่อหน่ายและไม่ให้ความสำคัญในการตอบคำถามซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ

(4) การทดสอบเครื่องมือจริงในกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากที่เครื่องมือผ่านการทดสอบขั้นต้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการนำเครื่องมือมาทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อทดสอบคุณสมบัติความเที่ยง ความตรงทางโครงสร้าง การจัดกลุ่มข้อคำถาม รวมทั้งการตัดข้อคำถามในเครื่องมือเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามเหมาะสมรวมทั้งมีค่าความเที่ยงและความตรงที่ดี เนื่องจากต้องการเครื่องมือที่มีคุณสมบัติ generalizability ที่ดี ดังนั้นการทดสอบเครื่องมือจึงทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลากหลาย โดยครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ว่าจะใช้วิธีใดในการเลิกสูบบุหรี่เช่น อาจเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยการหักดิบหรือค่อยๆลดจำนวนมวนที่สูบลงหรือเลิกสูบบุหรี่โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางแพทย์เช่น การรับคำแนะนำปรึกษา การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หรือใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดหรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งต้องการให้สามารถประเมินได้ในทุกระยะเวลาหลังจากเลิกสูบบุหรี่ การเก็บข้อมูลจึงดำเนินการในหลายแหล่งทั้งการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัยทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและส่วนภูมิภาคทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น short-term abstinence และการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์จากผู้ที่เคยมารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น long-term abstinence นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลในบุคคลทั่วไปเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายยิ่งขึ้น ดังนั้นการวิจัยนี้ถึงแม้จะใช้วิธีสุ่มตามความสะดวก (convenient sampling) แต่การเก็บข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีร่วมกันทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างมีความหลากหลายด้านคุณลักษณะ (heterogeneous sample) ทั้งทางด้าน เพศ อายุ สถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคม ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบหรือเคยสูบต่อวัน ระดับการติดสารนิโคตินในบุหรี่ ปัจจัยหลักของการเสพติดบุหรี่ ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ โรคประจำตัวหรือการใช้ยารวมถึงสารเสพติดอื่นๆ

เป็นต้น นอกจากนี้มีการทดสอบการใช้เครื่องมือในกลุ่มที่สูบบุหรี่ด้วยเพื่อเป็นการเพิ่มความแปรปรวนของแต่ละข้อคำถาม และในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตนั้นต้องมีการเก็บข้อมูลที่ระดับพื้นฐานคือขณะที่ยังสูบบุหรี่เพื่อให้สามารถประเมินระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้าสู่ระยะที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว ดังนั้นจึงต้องทดสอบการใช้เครื่องมือในประชากรกลุ่มนี้ด้วย

จากการพิจารณาค่าความถี่ของการเลือกตัวเลือกในแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1; ข้อคำถามที่ 1-72) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้ยังไม่มีการกระจายไปในแต่ละตัวเลือกที่เป็นตัวแทนของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละระดับอย่างเท่าเทียมกัน คะแนนคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีการกระจายของคำตอบมาทางด้านที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงระดับดี โดยมีการกระจายค่อนข้างใกล้เคียงกันใน 3 ตัวเลือกคือ ตัวเลือกที่ให้คะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 50, 75 และ 100 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือนั้นส่วนใหญ่ค่อนข้างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อพิจารณาตามข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน (อายุ 20-49 ปี) สถานะทางเศรษฐศาสตร์สังคมค่อนข้างดี (เช่น การศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมปลายและปริญญาตรี อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง (พนักงานบริษัทเอกชน) รับราชการ และค้าขายหรือทำธุรกิจ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-20,000 บาท) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบหรือเคยสูบส่วนใหญ่ไม่เกิน 20 มวนต่อวัน (ซึ่งจากการวิจัยของ Wilson, Parsons และ Wakefield (1999) และ Mulder และคณะ (2001) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตจะแปรผกผันกับจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน) ระดับการติดสารนิโคตินในบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมากถึงปานกลาง วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่รับคำปรึกษาจากคลินิกเลิกบุหรี่และใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และในผู้ที่ใช้ยาส่วนใหญ่ใช้ยา bupropion SR ซึ่งมีรายงานว่าสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในผู้ที่ใช้ยาได้ (Fortner และคณะ, 1999) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีโรคประจำตัวรวมทั้งในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมักเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถใช้ยาบรรเทาอาการได้รวมทั้งมีกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็ง โรคถุงลมปอดโป่งพองในระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อยซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้ทำให้ในภาพรวมคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จัดอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตามหากมองในอีกมุมหนึ่งอาจพอประเมินได้อย่างคร่าวๆว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นนี้น่าจะสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จริงเนื่องจากคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินได้สอดคล้องกับข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ นอกจากนี้เมื่อพิจาณาค่าความถี่ของข้อคำถามในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ส่วนที่ 1; ข้อคำถามที่ 1-72) ไม่พบข้อคำถามที่มีจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนน

สูงสุดในแต่ละข้อคำถาม (% ceiling) หรือจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดในแต่ละข้อคำถาม (% floor) สูงกว่าร้อยละ 70 แสดงว่าข้อคำถามในเครื่องมือน่าจะสามารถแยกแยะความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตได้

สำหรับการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง การจัดกลุ่มข้อคำถาม รวมทั้งการตัดข้อคำถามของเครื่องมือส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 72 ข้อคำถาม (ข้อคำถามที่ 1-72) ใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบซึ่งต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเพื่อให้ได้รูปแบบขององค์ประกอบที่ดี สำหรับขนาดตัวอย่างตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ได้มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปและในแต่ละด้านมีข้อคำถามอย่างน้อย 4 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงกว่า 0.60 ถ้าใช้การประเมินขนาดตัวอย่างตามวิธีของ Guadagnoli และ Velicer (1988) พบว่าขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ประมาณ 300-400 คน การวิจัยนี้ใช้ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งหมด 409 คน ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้จึงมีความเหมาะสม นอกจากนี้จากการพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าค่าเมตริกสหสัมพันธ์ส่วนใหญ่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 ค่าสหสัมพันธ์ต้านเงาหรือค่าลบของค่าสัมประสิทธิ์เชิงส่วนมีค่าใกล้เคียงศูนย์หรือติดลบ และค่าวัดความเพียงพอของการสุ่ม (KMOMSA) รวมสำหรับทุกข้อคำถามมีค่าใกล้เคียง 1 คือมีค่า 0.918 ดังนั้นจึงแสดงว่าข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ

เนื่องจากการวิจัยนี้อาศัยความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือ (convenient sampling) ไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคัดเลือกตัวอย่างโดยอิสระ (random sampling) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาทดสอบนั้นอาจไม่มีคุณสมบัติเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด (population sampled) รวมทั้งไม่สามารถทำการทดสอบเครื่องมือในคลินิกเลิกบุหรี่ทั้งหมดทั่วทุกภาคของประเทศ ดังนั้นในการสกัดองค์ประกอบการวิจัยนี้จึงใช้วิธีแกนหลัก (principal axis factoring) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงพรรณนา (descriptive factor analysis) ไม่ต้องมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Tinsley และ Tinsley, 1987; Tabachnick และ Fidell, 1996) สำหรับการหมุนแกนองค์ประกอบ การวิจัยนี้เลือกใช้การหมุนแกนขององค์ประกอบแบบมุมแหลม (oblique rotation) ชนิด promax ซึ่งเป็นการหมุนแกนองค์ประกอบที่เมื่อหมุนแล้วองค์ประกอบต่างๆอาจจะไม่ตั้งฉากกันหรือไม่เป็นอิสระกัน ดังนั้นด้านแต่ละด้านจึงมีความสัมพันธ์กันได้ซึ่งมีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือทฤษฎีคุณภาพชีวิต เนื่องจากด้านต่างๆของคุณภาพชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังที่ Patrick และ Erickson (1993) กล่าวว่าด้านต่างๆที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมทั้งมีความแตกต่าง

ในแต่ละระดับ ดังนั้นหากใช้การหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (orthogonal rotation) ที่เมื่อหมุนแล้วทำให้องค์ประกอบต่างๆตั้งฉากกันหรือเป็นอิสระกันหรือไม่มีความสัมพันธ์กันทำให้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้าน (factor correlation matrix) ของทั้ง 4 ด้านมีค่าอยู่ในช่วง 0.332-0.624 ซึ่งโดยทั่วไปค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้านที่มีค่ามากกว่า 0.32 แสดงถึง factor แต่ละคู่มีความแปรปรวน (variance) ร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (Tabachnick and Fidell, 1996) ดังนั้นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างด้านของเครื่องมือนี้จึงเป็นการยืนยันว่าแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน การใช้วิธีหมุนแกนขององค์ประกอบแบบมุมแหลมจึงมีความเหมาะสม นอกจากนี้การใช้การหมุนแบบมุมแหลมยังมีข้อดี คือ ถ้าในความเป็นจริงองค์ประกอบต่างๆไม่มีความสัมพันธ์กันหรือเป็นอิสระต่อกัน การหมุนแบบนี้ยังสามารถให้ผลเช่นเดียวกับการหมุนแบบตั้งฉากได้ด้วย ดังนั้นการหมุนแบบมุมแหลมจึงน่าเลือกใช้มากกว่าเนื่องจากไม่บังคับให้แต่ละองค์ประกอบเป็นอิสระต่อกัน (Reise, Waller และ Comrey, 2000)

สำหรับการพิจารณาถึงจำนวนด้านที่เหมาะสมนั้นโดยปกติใช้หลายเกณฑ์ร่วมกัน ได้แก่ 1) การพิจารณาจำนวนด้านจากค่า eigenvalue ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 2) การพิจารณาจากแผนภาพ Cattell's scree test โดยจำนวนด้านที่เหมาะสมคือ จำนวนด้านก่อนถึงจุดที่ค่า eigenvalue เริ่มจะมีความชันน้อยมาก 3) จำนวนด้านทั้งหมดที่ให้ค่าความแปรปรวนร่วมมากกว่าร้อยละ 50 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด 4) รูปแบบขององค์ประกอบหรือจำนวนด้านที่สามารถจัดกลุ่มข้อคำถามในลักษณะของ simple structure การวิจัยนี้จากขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีแกนหลักพบว่ามีจำนวน 17 องค์ประกอบที่มีค่า eigenvalue มากกว่า 1 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 66.8 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด อย่างไรก็ตามการที่พบด้านที่มีค่า eigenvalue มากกว่า 1 ถึง 17 องค์ประกอบ อาจเป็นเพราะในเครื่องมือมีตัวแปรหรือมีข้อคำถามจำนวนมาก ดังนั้นการพิจารณาจำนวนด้านจากค่า eigenvalue ที่มากกว่า 1 จึงไม่เหมาะสม (Reise, Waller และ Comrey, 2000) นอกจากนี้จำนวนด้านที่ 17 ด้านไม่สามารถจัดกลุ่มข้อคำถามในลักษณะของ simple structure ได้เนื่องจากมีด้านที่ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามจำนวน 5 ด้านและมี 2 ด้านที่มีข้อคำถามข้อเดียว (single item) ดังนั้นจำนวนด้านที่ 17 ด้านจึงไม่มีความเหมาะสม เมื่อพิจารณาแผนภาพ Cattell's scree test พบว่าจำนวนด้านที่เหมาะสมประมาณ 3-5 ด้าน จากนั้นจึงมีการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธี promax พบว่าจำนวนของด้านที่กำหนดไว้ที่ 4 ด้าน สามารถให้รูปแบบองค์ประกอบที่ชัดเจนและมีลักษณะของ simple structure ที่ดีที่สุด การวิจัยนี้ตั้งเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงกว่า 0.50 เนื่องจากหากกำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ต่ำกว่านี้เช่น 0.45, 0.40 และ 0.32

พบว่าทำให้มีข้อคำถามที่คงไว้เท่ากับ 44 ข้อ, 47 ข้อ และ 51 ข้อ ตามลำดับ ซึ่งจำนวนข้อคำถามมีมากเกินไปรวมทั้งการแปรผลองค์ประกอบที่ได้ (interpretation) ไม่ชัดเจน ดังนั้นหากข้อคำถามใดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือมีความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่างด้านไม่ชัดเจนทำการตัดข้อคำถามเหล่านั้นออก และนำข้อคำถามที่เหลือมาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบใหม่จนกว่าจะได้รูปแบบองค์ประกอบที่เหมาะสม (Radwin, Alster และ Rubin, 2003) หลังจากที่ได้สกัดองค์ประกอบและหมุนแกนองค์ประกอบเป็นครั้งที่ 3 มีจำนวนข้อคำถามที่เหลือทั้งหมด 36 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามในแต่ละด้านสูงกว่า 0.50 โดยทั้ง 4 ด้านสามารถอธิบายความแปรปรวนของทุกข้อคำถามได้ร้อยละ 40.2 ของความแปรปรวนร่วมทั้งหมด โดยด้านที่ 1 คือ ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป จำนวน 18 ข้อคำถาม ด้านที่ 2 คือ ด้านความพึงพอใจ จำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านที่ 3 คือ ด้านการควบคุมตนเอง 4 ข้อคำถาม และด้านที่ 4 คือ ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ จำนวน 6 ข้อคำถาม เมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละด้านพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทั้ง 4 ด้านมีค่าอยู่ในช่วง 0.508 ถึง 0.907 สำหรับค่าความร่วมกันสุดท้าย (final communality) มีค่าอยู่ในช่วง 0.249-0.752 โดยมีข้อคำถามเพียง 2 ข้อที่มีค่าต่ำกว่า 0.30 คือมีค่า 0.249 และ 0.281 (ค่าความร่วมกันที่มากกว่า 0.30 แสดงว่า common factor (ทั้ง 4 ด้าน) ที่ได้จึงสามารถอธิบายความแปรปรวนในแต่ละข้อคำถามได้ดี นอกจากนี้การตรวจสอบว่าจำนวน factor ที่คงไว้นั้นมีความเหมาะสมโดยค่าพิจารณาจากค่า residual correlation matrix พบว่าส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียงศูนย์และติดลบ แสดงว่าจำนวนด้าน 4 ด้านนั้นมีความเหมาะสมในการอธิบายโครงสร้างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

ในภาพรวมข้อคำถามที่ได้ทั้ง 4 ด้านที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งหมด 12 ด้านเบื้องต้นคือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย ด้านการนอนหลับ ด้านความอยากอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ด้านความมีชีวิตชีวา ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่ ด้านความพอใจในตนเอง ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม ด้านอาการอยากสูบบุหรี่ และด้านความวิตกกังวล โดยแบ่งเป็น ด้านที่ 1: ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป เป็นด้านที่รวมข้อคำถามจากด้านความแข็งแรงของร่างกาย (3 ข้อ) ด้านการนอนหลับ (1 ข้อ) ด้านความอยากอาหาร (1 ข้อ) ด้านอารมณ์ (3 ข้อ) ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ [คำถามด้านลบ] (3 ข้อ) ด้านความมีชีวิตชีวา [คำถามด้านลบ] (3 ข้อ) ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (2 ข้อ) และด้านอาการทางกายอื่นๆ หลังจากเลิกสูบบุหรี่ (2 ข้อ) ด้านที่ 2: ด้านความพึงพอใจ เป็นด้านที่รวมคำถามจากด้านสุขภาพจิตอื่นๆ [คำถามด้านบวก] (1 ข้อ) ด้านความมีชีวิตชีวา [คำถามด้านบวก] (1 ข้อ) ด้าน

ความพอใจในตนเอง [คำถามด้านบวก] (4 ข้อ) และด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม [คำถามด้านบวก] (2 ข้อ) ด้านที่ 3: ด้านการควบคุมตนเอง เป็นด้านที่รวมคำถามจากด้านอาการอยากสูบบุหรี่ (3 ข้อ) และด้านความวิตกกังวล (1 ข้อ) ด้านที่ 4: ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นด้านที่รวมคำถามจากด้านความวิตกกังวล (2 ข้อ) ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม (4 ข้อ) สำหรับข้อคำถาม 5 ด้านที่ถูกตัดออกคือ ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ ด้านการยอมรับภาวะสุขภาพโดยรวม และด้านความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม รวม 15 ข้อคำถาม สำหรับด้านการนอนหลับ และด้านความอยากอาหาร มีข้อคำถามที่ถูกคัดเลือกไว้ด้านละ 1 ข้อ ส่วนที่เหลือจำนวน 8 ข้อคำถามถูกตัดออก สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นว่าด้านการนอนและการรับประทานอาจมีปัจจัยอื่นๆมารบกวนมากเกินไปจนอาจทำให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ไม่ชัดเจน สำหรับข้อคำถามที่ถูกตัดออก 13 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (1 ข้อ) ด้านอารมณ์ (2 ข้อ) ด้านความวิตกกังวล (2 ข้อ) ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (2 ข้อ) ด้านความมีชีวิตชีวา (1 ข้อ) ด้านความพอใจในตนเอง (1 ข้อ) ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (3 ข้อ) และด้านอาการอยากสูบบุหรี่ (1 ข้อ)

การวิเคราะห์ข้อคำถาม เป็นการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการพิจารณาความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่า Cronbach's coefficient alpha เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อคำถามที่ได้รับการจัดกลุ่มโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบนั้นมีความเป็นด้านเดียวกันจริง (unidimensionality) โดยการพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามที่อยู่ในด้านเดียวกัน ถ้าค่า coefficient alpha ของด้านที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป และค่า corrected item-total correlation ของแต่ละข้อคำถามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 แสดงว่าข้อคำถามกลุ่มนั้นมีความเป็นด้านเดียวกันจริง จากผลการวิจัยพบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ 1, 2, 3 และ 4 ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก (very good) คือเท่ากับ 0.9187, 0.8764, 0.8737 และ 0.8299 ตามลำดับ และข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้านมีค่า corrected item-total correlation ค่อนข้างสูงคือมากกว่า 0.3 โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.4285-0.7866 แสดงว่าข้อคำถามในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านมีความเป็นด้านเดียวกัน นอกจากนี้ค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ 1 มีค่ามากกว่า 0.9 ซึ่งเป็นค่าที่จัดอยู่ในระดับดีมากและสามารถพิจารณาลดจำนวนข้อคำถามลงได้ (Nunnally และ Bernstein, 1994) การที่ด้านนี้มีค่า Cronbach's coefficient alpha สูงมากอาจมาจากการที่มีข้อคำถามจำนวนมาก (18 ข้อคำถาม) เนื่องจาก ค่า Cronbach's coefficient alpha จะแปรผันตรงกับจำนวนข้อคำถาม (Streiner และ Norman, 1995)

การที่ด้านที่ 1 ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป ของเครื่องมือที่สร้างขึ้นได้รวมเอาข้อคำถามด้าน สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมไว้ด้วยกันอาจเป็นเพราะในคนที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ด้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันมากเหมือนเป็นด้านเดียวกัน ซึ่งจะมีความแตกต่างกับเครื่องมือวัดที่ประเมินคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วไปหรือผู้ที่มีสุขภาพดีที่พบว่ามีการแยกด้านต่างๆออกจากกันอย่างชัดเจนดังเช่น SF-36 ถ้าประยุกต์จากแนวคิดของ Patrick และ Erickson (1993) สามารถอธิบายได้ว่า ในผู้ที่มีสุขภาพดีด้านต่างๆเหล่านี้อาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กันมาก แต่ในคนที่มีโรคหรือมีภาวะบกพร่องทางร่างกายถ้าเป็นมากย่อมส่งผลถึงสภาวะทางจิตใจหรือการประกอบกิจกรรมทางสังคมได้มากเช่นกัน เช่นเดียวกับผู้ที่เสพติดบุหรี่ย่อมเกิดความทรุดโทรมทั้งภาวะร่างกาย จิตใจและอารมณ์ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมทางสังคมได้เช่นกัน (American Psychiatric Association, 1996) และผลนี้อาจยังคงอยู่หลังจากที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว อย่างไรก็ตามในผู้ที่เคยติดบุหรี่เมื่อเลิกสูบบุหรี่ไปนานมากอาจเป็นไปได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างด้านต่างๆเหล่านี้อาจยิ่งน้อยลงจนสามารถแยกออกเป็นด้านต่างๆออกจากกันอย่างชัดเจนดังเช่นในผู้ที่มีสุขภาพดีหรือประชากรทั่วไป

สำหรับการทดสอบ known group validity เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือนั้นส่วนใหญ่มีข้อมูลคุณลักษณะที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังที่กล่าวมาแล้ว ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตจึงมีการกระจายมาทางด้านคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ดังนั้นจึงเลือกการทดสอบแบบ non-parametrics มาใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปจะสูงกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป ด้านความพึงพอใจ ด้านการควบคุมตนเอง และด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart และคณะ (1995), Olufade และคณะ (1999), Shaw และคณะ (2001) และ Zilich และคณะ (2002) ใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถทางกายในการประกอบกิจกรรมต่างๆ 2) ด้านความมีชีวิตชีวา 3) ด้านสุขภาพจิต 4) ด้านการนอนหลับ ซึ่งด้านต่างๆเหล่านี้ได้รวมอยู่ในด้านที่ 1 และ 2 คือด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไปและด้านความพึงพอใจของเครื่องมือที่ได้สร้างขึ้น นอกจากนี้ด้านที่ 3 ของเครื่องมือคือ ด้านการควบคุมตนเองมีความสอดคล้องกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมเช่นกัน โดยความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตด้านนี้ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนที่สุดเช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาของ Olufade และคณะ (1999) และ Zilich และคณะ (2002) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Shaw และคณะ (2001) ยังพบว่าด้านการควบคุมตนเองยังเป็นด้านที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงสูงสุดด้วย สำหรับด้านที่ 4 คือ ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นข้อคำถามที่ได้สร้างขึ้นจากแนวคำถามด้านผลกระทบต่อ

การทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ของ SF-36 จำนวน 4 ข้อคำถาม และคำถามที่ได้จากการสัมภาษณ์อีก 2 คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลหลังจากเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์จากการทดสอบของ Olufade และคณะ (1999) พบว่าคนที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนของ Zillich และคณะ (2002) พบว่าด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์เมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ 3 เดือนยังต่ำกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ 6 เดือนคุณภาพชีวิตด้านนี้ใกล้เคียงกันกับคนที่สูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาของ Shaw และคณะ (2001) พบว่าคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานกว่า 7 วันมีคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด อย่างไรก็ตาม เครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้สามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ ดังนั้นจึงน่าจะใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในคนไทยหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ได้

สำหรับเครื่องมือในส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำนวน 24 ข้อคำถาม (ข้อคำถามที่ 73-96) แยกวิเคราะห์จากเครื่องมือในส่วนที่ 1 (ข้อคำถามที่ 1-72) เนื่องจากเครื่องมือในส่วนนี้ใช้ประเมินเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่เท่านั้น หากนำไปวิเคราะห์ร่วมกับเครื่องมือในส่วนที่ 1 แสดงว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาต้องตอบคำถามในส่วนนี้ซึ่งจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนและส่งผลให้ค่าความเที่ยงหรือ Cronbach's coefficient alpha ที่ได้มีค่าต่ำ ตัวอย่างมีในการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือ HAT-QoL instrument (Holmes และ Shea, 1998) ซึ่งในเครื่องมือมีด้านความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา (medication concerns) รวมอยู่ด้วยและผู้เข้าร่วมทดสอบเครื่องมือทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาตอบคำถามในส่วนนี้พบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha มีค่า 0.54 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงแยกการทดสอบเครื่องมือในส่วนนี้เฉพาะในผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีค่อนข้างน้อยและเครื่องมือในส่วนนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษจำนวน 6 ข้อ (ข้อคำถามที่ 91-96) คือ แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน 2 ข้อ และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน 4 ข้อ ซึ่งตอบเฉพาะผู้ที่ใช้ยารูปแบบพิเศษทำให้ไม่สามารถทำการวิเคราะห์ความตรงทางโครงสร้างโดยวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ดังนั้นจึงทำการทดสอบความตรงทางโครงสร้างด้วยการทำ known group validity เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามข้อคำถามในส่วนนี้

ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือได้เช่นกัน

เมื่อพิจารณาค่าความถี่ของการเลือกตัวเลือกในแต่ละข้อคำถามคะแนนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีข้อมูลคุณลักษณะจัดอยู่ในระดับค่อนข้างดีเช่นกันและคะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่ได้ไม่มีการกระจายไปในแต่ละตัวเลือกที่เป็นตัวแทนของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละระดับอย่างเท่าเทียมกัน คะแนนคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีการกระจายของคำตอบมาทางด้านที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่ค่อนข้างสูงคือ ตัวเลือกที่ให้คะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาเท่ากับ 75 และ 100 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือนั้นส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา นอกจากนี้พบ ceiling effect สูงกว่าร้อยละ 70 ใน 4 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 82, 86, 87 และ 89 สำหรับการตัดข้อคำถามและการหาความเที่ยงของเครื่องมือใช้วิธีวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในซึ่งทำการหาค่า Cronbach's coefficient alpha ทำเฉพาะข้อคำถามที่ 73-90 (18 ข้อคำถาม) แบ่งเป็น 2 ด้านตามทฤษฎีคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาของ Murawski และ Bentley (2001) คือ ด้านความรู้สึกทางด้านจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (ข้อคำถามที่ 73-80) และ ด้านอาการข้างเคียงทั่วไปจากการใช้ยา (ข้อคำถามที่ 81-90) ผลการวิจัยพบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ 1 อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก (very good) และด้านที่ 2 มีค่าที่อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้ (respectable) คือเท่ากับ 0.8116, และ 0.7686 ตามลำดับ และข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้านส่วนใหญ่มีค่า corrected item-total correlation มากกว่า 0.3 โดยมีเพียง 1 ข้อคำถาม (ข้อที่ 84) ในด้านที่ 2 ที่มีค่า 0.2598 อย่างไรก็ตามข้อคำถามดังกล่าวไม่ผ่านเกณฑ์การตัดข้อคำถามออกจากเครื่องมือเนื่องจากค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านมีค่าเกิน 0.7 และ Cronbach's coefficient alpha ของด้านเมื่อตัดข้อคำถามดังกล่าวออกมีค่าต่ำกว่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านเดิม อย่างไรก็ตามเนื่องจากคำถามในส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งโดยปกติในทางคลินิกอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอาจไม่พบในผู้ที่ใช้ยาทุกคน และในคนคนเดียวกันอาจไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทุกอาการตามข้อคำถาม ดังนั้นการที่พบข้อคำถามบางข้อมี ceiling effect สูงกว่าร้อยละ 70 และค่า corrected item-total correlation ของข้อคำถามบางข้อต่ำกว่า 0.3 จึงน่าจะมีสาเหตุมาจากลักษณะโดยปกติของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านที่ได้ก็จัดอยู่ในระดับเชื่อถือได้ ดังนั้นเครื่องมือในส่วนนี้จึงสามารถใช้ในการประเมินในผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้

ในภาพรวมเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ (TSCQoL) มีจุดเด่นและเหมาะที่ใช้สำหรับคนไทยมากกว่าเครื่องมือ SCQoL จากการศึกษาของ Olufade และคณะ

(1999) หลายประการเช่น การรวบรวมรวบข้อมูลเพื่อสร้างเครื่องมือมีความหลากหลายมากกว่า เนื่องจากข้อมูลมีทั้งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกบุหรี่ รวมทั้งมีการใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาข้อคำถามร่วมด้วย นอกจากนี้การทดสอบเครื่องมือยังทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวนมากกว่า 400 คนและค่อนข้างมีคุณลักษณะหลากหลายมากกว่าการศึกษาของ Olufade และคณะ (1999) ที่ได้ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 101 คน สำหรับเครื่องมือ TSCQoL (60 ข้อคำถาม) ที่ได้มีความครอบคลุมมากกว่า SCQoL ในจำนวนข้อคำถามที่ใกล้เคียงกัน (SCQoL 51 ข้อ) เนื่องจากใน TSCQoL มีข้อคำถามในด้านประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย สำหรับผลการตรวจสอบคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่าทั้งด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป ด้านความพึงพอใจ ด้านการควบคุมตนเอง ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกทางด้านจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยาและด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่พบ floor และ ceiling effect ในทุกด้าน ดังนั้นจึงน่าจะสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงหลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้ สำหรับ SCQoL พบ ceiling effect ใน SF-36 ถึง 4 ด้านคือ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ และ ด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย สำหรับค่า Cronbach's coefficient alpha ที่ได้ของ TSCQoL (6 ด้าน) มีค่าค่อนข้างสูงอยู่ในช่วง 0.77 – 0.92 ส่วน SCQoL (13 ด้าน) มีค่าอยู่ในช่วง 0.68-0.96 นอกจากนี้ในการพิจารณาความตรงทางโครงสร้าง TSCQoL ในส่วนของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้นำข้อคำถามมาวิเคราะห์ร่วมกันทั้งหมด ทำให้ทราบโครงสร้างที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่เนื่องจากไม่บังคับให้คุณภาพชีวิตแยกออกเป็นด้านต่างๆอย่างชัดเจนตาม SF-36 เหมือนการศึกษาของ Olufade และคณะ (1999) นอกจากนี้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ TSCQoL ในส่วนของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้ค่อนข้างสูงอยู่ในช่วง 0.51-0.91 ในขณะที่ SCQoL ในส่วนของข้อคำถามเฉพาะสำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.32-0.81

อย่างไรก็ตาม TSCQoL อาจยังขาดข้อคำถามในด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง (ซึ่งจากการทดสอบในชาวต่างประเทศพบว่ามีความสำคัญในประชากรกลุ่มนี้ (Olufade และคณะ, 1999; Shaw และคณะ, 2001; Zilich และคณะ, 2002) ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากคำถามด้านนี้ไม่มีผลกระทบต่อคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่มากนักหรืออาจเกิดจากลักษณะประจำตัวคนไทยที่ไม่ค่อยตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งเหล่านี้หรือข้อคำถามอาจยังสื่อความหมายในด้านนี้ยังไม่ชัดเจนมากนัก เนื่องจากด้าน

ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์เป็นข้อคำถามที่แปลความหมายมาจาก SF-36 นอกจากนี้ TSCQoL ไม่มีข้อคำถามในด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ เนื่องจากข้อคำถามเหล่านี้ถูกตัดออกในขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบ อาจเนื่องมาจากปัญหานี้อาจพบได้น้อยในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในต่างประเทศเองยังไม่พบความสำคัญที่เด่นชัดในด้านนี้เช่นกัน

สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังจากที่ทำการวิเคราะห์แล้วเหลือข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งหากประมาณเวลาที่ใช้ในการตอบคำถามจากการทดสอบขั้นต้น พบว่าเครื่องมือในส่วนนี้ผู้ตอบจะใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 7-9 นาที ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาจำนวน 24 ข้อ จะใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 5-6 นาที ดังนั้นเครื่องมือทั้งสองส่วนรวมกันใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 15 นาทีซึ่งจะช่วยลดภาระในการตอบคำถามของผู้ตอบได้ รวมทั้งทำให้ความร่วมมือการตอบคำถามเพิ่มมากขึ้นและลดความเบื่อหน่ายในการตอบคำถามซึ่งส่งผลให้ข้อมูลที่ได้รับตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่ได้สามารถใช้เสริมกับการติดตามผลการรักษาทางคลินิกในระยะยาวในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบและเข้าใจความรู้สึกของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมเช่น ในรายที่มีปัญหาทางด้านจิตใจมากควรสอนเทคนิคการผ่อนคลายความตึงเครียด ร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างกำลังใจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (intra-treatment social support) และการเสริมสร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง (extra-treatment social support) ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเองควรใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดเช่น ทักษะการเผชิญปัญหาที่ประสบหลังจากเลิกสูบบุหรี่ (problem-solving skills) เป็นต้น นอกจากนี้อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น ในรายที่มีความวิตกกังวลน้ำหนักตัวควรมีการแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาสามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทราบพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนแนวความคิดหรือความเชื่อที่มีต่อการใช้ยาอย่างถูกต้องทำให้เพิ่มความยอมรับในการรักษาและเพิ่มโอกาสของการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนี้การประเมินเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาได้อย่างเหมาะสมเช่น ปรับขนาดยา ปรับระยะเวลาในการบริหารยา เทคนิคการใช้ยาเพื่อลดอาการข้างเคียง รวมทั้งอาจพิจารณายาอื่นๆเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยาให้น้อยที่สุดและผู้ใช้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้นำเสนอการสร้างและทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ โดยเครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 36 ข้อคำถาม และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาจำนวน 24 ข้อคำถาม ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือทั้งสองส่วนมีความตรงทางเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในระดับที่เชื่อถือได้ถึงดีมาก เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่สามารถจำแนกโครงสร้างออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (2) ด้านความพึงพอใจ (3) ด้านการควบคุมตนเอง และ (4) ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการทดสอบคุณสมบัติในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตด้วยคะแนนที่ประเมินได้จากเครื่องมือพบว่า สามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและกลุ่มที่สูบบุหรี่ได้ ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาประกอบด้วย 2 ด้านคือ (1) ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา และ (2) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา จากการทดสอบคุณสมบัติในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาด้วยคะแนนที่ประเมินได้จากเครื่องมือ พบว่า สามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาระหว่างผู้ที่ใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินได้โดยเฉพาะด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา ผลการวิจัยทั้งหมดสามารถยืนยันถึงความตรงและความเที่ยงในเบื้องต้นของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ การนำเครื่องมือไปทดสอบอย่างต่อเนื่องจะทำให้ได้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีมาตรฐานในการวัดเพิ่มมากขึ้น สำหรับการสรุปผลการวิจัยแสดงในตารางที่ 25

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถใช้เสริมกับการติดตามผลการรักษาทางคลินิกในระยะยาวในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยครอบคลุมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดหรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งแบบการรายงานด้วยตนเองหรือการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังมีวิธีการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ดังนั้นจึงเหมาะที่จะใช้ในงานประจำของคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อลดโอกาสของการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ รวมทั้งเครื่องมือนี้ยังสามารถใช้ในการประเมินผลของโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรือใช้ในงานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐานต่างๆ ต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 25 สรุปผลการวิจัย

คุณลักษณะของเครื่องมือวัด	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
จำนวนข้อคำถามเริ่มต้น (ข้อ)	71	24
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทดสอบเครื่องมือ (คน)	431	78
ความตรงทางเนื้อหา	- ใช้ดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ความตรงทางเนื้อหาอยู่ในระดับดีและมีการปรับเปลี่ยนภาษาและการใช้ตัวเลือก	-ใช้ดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ความตรงทางเนื้อหาอยู่ในระดับดีและมีการปรับเปลี่ยนภาษาและการใช้ตัวเลือก
ความตรงทางโครงสร้าง	- ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (2) ด้านความพึงพอใจ (3) ด้านการควบคุมตนเอง และ (4) ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทั้ง 4 ด้านสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมของทุกข้อคำถามได้ 40.2 % (ด้านที่ 1 = 25.5%, ด้านที่ 2 = 7.4%, ด้านที่ 3 = 3.7% ด้านที่ 4 = 3.6%) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทั้ง 4 ด้านอยู่ในช่วง 0.508 ถึง 0.907 - ใช้การทดสอบ known group validity พบว่าคะแนนที่ได้จากเครื่องมือสามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 3เดือนขึ้นไปและกลุ่มที่สูบบุหรี่ได้	-คุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ จำแนกได้เป็น 2 ด้าน ตามทฤษฎีของ Murawski และBentley (2001) คือ (1) ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยา และ (2) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา - ใช้การทดสอบ known group validity พบว่าคะแนนที่ได้จากเครื่องมือสามารถแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาระหว่างผู้ที่ใช้ยา bupropion SR และหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคตินได้โดยเฉพาะด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา
จำนวนข้อคำถามเมื่อสิ้นสุดการทดสอบ (ข้อ)	36	24
การวิเคราะห์ข้อคำถาม - ค่า Cronbach's coefficient alpha ในแต่ละด้าน	0.8299-0.9187	0.8116 และ 0.7686
- ค่า corrected item-total correlation	0.4285-0.7866	0.2598-0.6789
- ค่าความเที่ยงรวม	0.9331	0.8256

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยนี้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์แบบกึ่งมาตรฐานหรือ focused interview ซึ่งนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางในการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตามเนื่องจากวิธีการนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลค่อนข้างนาน ดังนั้นการเก็บข้อมูลแบบการอภิปรายกลุ่ม หรือ focus group discussion อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในระยะเวลาอันสั้นในกรณีที่การวิจัยนั้นมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการทำวิจัย นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้ยังมีคุณภาพที่ดีเนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากการถกอภิปรายร่วมกันทำให้มีความน่าเชื่อถือว่าเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

2. การวิจัยนี้อาศัยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการทดสอบเครื่องมือ (convenient sampling) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาทดสอบนั้นอาจไม่มีคุณสมบัติเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด รวมทั้งไม่สามารถทำการทดสอบเครื่องมือในคลินิกเลิกบุหรี่ทั้งหมดทั่วทุกภาคของประเทศจึงอาจเป็นข้อจำกัดส่วนหนึ่งของการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำการทดสอบเครื่องมือนั่นคือ ทำให้จำกัดคุณสมบัติ generalizability ของเครื่องมือ สำหรับการวิจัยในอนาคตที่มีงบประมาณและระยะเวลาในการวิจัยเพียงพอ หากสามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกตัวอย่างโดยอิสระ (random sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายด้านคุณลักษณะมากขึ้น จะทำให้เครื่องมือที่ผ่านการทดสอบมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเหมาะสำหรับการนำไปใช้สำหรับคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ทั่วประเทศ

3. เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องการผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนมาก ดังนั้นการเก็บข้อมูลจึงมีการใช้หลายวิธีร่วมกันจากแหล่งเก็บข้อมูลหลายแห่งรวมทั้งการส่งเครื่องมือวัดทางไปรษณีย์ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้เช่น ในกรณีที่ส่งข้อมูลทางไปรษณีย์นั้นโดยปกติอัตราการคัดเลือกตัวเองจะสูงคือ ผู้ที่ตอบกลับมักเป็นบุคคลที่มีการศึกษาดี มีความสนใจเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ดังนั้นจึงอาจเกิดอคติจากการคัดเลือก (selective bias) ข้อมูลที่ได้จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรเป้าหมาย นอกจากนี้การตอบเองที่บ้านในกรณีที่เกิดข้อสงสัยจะไม่สามารถซักถามได้ ดังนั้นจึงต้องตีความหมายด้วยตนเองซึ่งมีโอกาสที่จะตีความหมายผิดได้ สำหรับวิธีเก็บข้อมูลที่มีทั้งการตอบด้วยตนเองและการสัมภาษณ์อาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับเช่นกัน คือ ในกรณีที่ใช้การอ่านให้ฟัง (การสัมภาษณ์) ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจนในคำถามหรือคำตอบได้และมีบุคลิกภาพของผู้ให้สัมภาษณ์เข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพอใจผู้สัมภาษณ์จะให้ความร่วมมือด้วยการตอบคำถามตามความเป็นจริงหรืออีกกรณีหนึ่งอาจปิดบังข้อมูลที่แท้จริงและเลือกตอบเฉพาะลักษณะที่ดีของตนเอง ส่วนการตอบด้วย

ตนเองอาจทำให้กล้าตอบตามความเป็นจริงมากกว่ารวมทั้งมีเวลาในการพิจารณาหาคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2538) อย่างไรก็ตามความคลาดเคลื่อนที่กล่าวมานี้เป็นความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม (random error) มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอในงานวิจัยทางสังคม ผู้วิจัยได้พยายามควบคุมโดยมีการทดสอบความเข้าใจในการตอบข้อคำถามของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง (การทดสอบขั้นต้น) นอกจากนี้ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมทั้งชี้แจงให้ตอบข้อมูลตามความเป็นจริงและข้อมูลที่ได้รับจากการตอบคำถามในเครื่องมือจะถูกเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยนี้ รวมทั้งการให้ข้อมูลไม่มีผลใดๆต่อการรับบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้แหล่งเก็บข้อมูลได้รับหนังสือชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและดำเนินการเก็บข้อมูลในแนวทางเดียวกันซึ่งการดำเนินการดังกล่าวน่าจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนให้น้อยลงได้

4. ข้อคำถามในด้านที่ 1 ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ และค่า Cronbach's coefficient alpha ของด้านมีค่ามากกว่า 0.9 ซึ่งเป็นค่าที่จัดอยู่ในระดับดีมาก และสามารถพิจารณาลดจำนวนข้อคำถามลงได้ ดังนั้นการทำวิจัยในอนาคตอาจมีการพิจารณาทำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ฉบับย่อ (TSCQoL short-form) โดยนำข้อคำถามในด้านที่ 1 ไปผ่านการวิเคราะห์ด้วยวิธี stepwise regression analysis (Radwin, Alster และ Rubin, 2003) เพื่อลดจำนวนข้อคำถามลงทำให้ได้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่มีค่าความตรงและความเที่ยงสูง รวมทั้งช่วยลดภาระในการตอบคำถามและเพิ่มความร่วมมือในการตอบมากขึ้น

5. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน ต้องมีความสามารถในการวัดความเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล (within patient) ที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ได้แม้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ดังนั้นเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแล้วควรมีการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือต่อไปเพื่อเป็นการยืนยันได้ว่า สามารถใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ได้ โดยวิธีที่ใช้ในการรักษาควรเป็นวิธีที่คาดว่าน่าจะทำให้ผู้ติดบุหรี่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเช่น ทำการประเมินคุณภาพชีวิตแบบระยะยาวในผู้ที่ใช้ยา bupropion SR เพื่อเลิกบุหรี่ เนื่องจากยาชนิดนี้มีรายงานว่าสามารถเพิ่มโอกาสของการเลิกบุหรี่สำเร็จเป็น 2 เท่าของผู้ที่ใช้ยาหลอกและอัตราการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วงร้อยละ 30 ที่ระยะติดตาม 1 ปี (AHRQ, 2000) และมีรายงานว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใช้ยาได้ (Fortner และคณะ, 1999) รวมทั้งปัจจุบันมีการใช้ยาชนิดนี้กันมากขึ้นในคลินิกเลิกบุหรี่ทั่วประเทศไทย จากนั้นนำคะแนน

คุณภาพชีวิตก่อนและหลังรักษามาหาค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงเช่น การคำนวณค่า effect size, standardized response mean, paired t-test statistic และค่า responsive statistic เป็นต้น

6. การเปรียบเทียบ known group validity เพื่อทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ แม้จะพบความแตกต่างกันอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายงานภาวะของการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (self-report) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่งเนื่องจาก American Psychiatric Association (1996) ได้กล่าวไว้ว่าโดยปกติผู้ป่วยกลุ่มนี้แจ้งภาวะของการสูบบุหรี่ (สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่) และบอกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันตามความเป็นจริง ดังนั้นจึงน่าลดความคลาดเคลื่อนจากการแจ้งภาวะของการสูบบุหรี่หรือจำนวนมวนที่สูบไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตามการรายงานระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่อาจเกิดข้อผิดพลาดได้จากปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ (recall bias) การศึกษาในอนาคตจึงควรมีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ โดยการใช้ตัวชี้วัดภาวะของการสูบบุหรี่ที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าเช่น การตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจออกหรือการตรวจระดับสาร cotinine ในเลือดหรือปัสสาวะ เป็นต้น

7. เครื่องมือในส่วนของข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่มีอยู่ไม่สามารถพิจารณาค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารูปแบบพิเศษได้ รวมทั้งไม่สามารถทดสอบความตรงทางโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ดังนั้นข้อคำถามในส่วนนี้จึงผ่านความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียว การวิจัยในอนาคตจึงอาจทำการทดสอบเครื่องมือส่วนนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และมีคุณลักษณะหลากหลายยิ่งขึ้น จากนั้นทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันถึงโครงสร้างที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ นอกจากนี้อาจพิจารณาเพิ่มเติมข้อคำถามด้านอื่น เช่น ด้านความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ (provider intervention) หรือความเชื่อถือต่อบุคลากรทางการแพทย์ (provider trust) ร่วมด้วย เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาเช่นเดียวกัน (Murawski และ Bentley, 2001)

8. เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือประเมินในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลาที่นานกว่านี้ นอกจากนี้เครื่องมือไม่ได้ทำการทดสอบในกลุ่มที่มีประวัติเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือใช้ยาเสพติดซึ่งมีรายงานการเสพติดบุหรี่สูงเช่นกัน ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือประเมินในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เครื่องมือนี้ใช้สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไปจึงไม่สามารถนำไปใช้

ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่านี้ สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนจากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544 มีรายงานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเครื่องมือที่ได้จากการวิจัยนี้อาจเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะในอนาคต

9. การวิจัยในอนาคตควรมีการทดสอบเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของโครงสร้างของคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ โดยการนำข้อคำถามทั้ง 36 ข้อมาทดสอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบ Confirmatory factor analysis (CFA) พร้อมกับการวิเคราะห์ข้อคำถามในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และมีคุณลักษณะหลากหลายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการทดสอบหาความเที่ยงแบบอื่นนอกเหนือจากการพิจารณาความสอดคล้องภายในเช่น การหาความเที่ยงเชิงคงที่หรือการสอบซ้ำ (test-retest method) โดยทำการทดสอบ 2 ครั้งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันที่รายงานว่าภาวะทางสุขภาพคงที่ในช่วงระยะเวลาห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อนำผลความเที่ยงที่ได้มายืนยันซึ่งกันและกัน

10. การสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจำเป็นต้องมีทีมผู้วิจัยที่มีความรู้เฉพาะทางด้านคุณภาพชีวิตรวมทั้งต้องอาศัยระยะเวลาในการวิจัยและต้องทำการทดสอบเครื่องมือหลายครั้งเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน เนื่องจากการวิจัยนี้มีระยะเวลาในการดำเนินวิจัย 1 ปี รวมทั้งจำนวนประชากรสำหรับการทดสอบเครื่องมือค่อนข้างจำกัดและอาจไม่มีคุณสมบัติเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมดรวมทั้งไม่สามารถทำการทดสอบเครื่องมือในคลินิกเลิกบุหรี่ทั้งหมดทั่วทุกภาคของประเทศ ดังนั้นการวิจัยจึงอาจเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, 2546.

กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for window ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, 2546.

กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์. คำแนะนำการใช้น้ำยาอมอดบุหรี่[แผ่นพับ]. ปทุมธานี: กลุ่มงานเภสัชกรรม, สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์.

จุฑามณี สุทธิสีสังข์. การรักษาและให้คำแนะนำผู้ติดบุหรี่. การประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมการแพทย์; 24 สิงหาคม 2546; โรงแรมแมกซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข (ประเทศไทย), 2546.

ทัสสนี นุชประยูร, เติมศรี ชำนิจารกิจ, บรรณาธิการ. สถิติในวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์; 2541.

นริศรา แย้มทรัพย์. หญ้าดอกขาว อีกทางเลือกหนึ่งของผู้ต้องการเลิกบุหรี่. จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ 2541; 8(1): 15-16.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บีแอนด์บีพับลิคซิ่ง, 2542.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. บุหรี่: ภาระโรคหมายเลขหนึ่งในปี 2563. คลินิก 2541, 61: 303-305.

วัชรี เลอมานกุล. การสร้างแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. ไทยเภสัชสาร 2543, 24(2): 71-85.

วัชรี เลอมานกุล, ปารณีย์ มีแต้ม. การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. ไทยเภสัชสาร 2543, 24(2): 92-111.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนศิลปศาสตร์, 2538.

สุภกร บัวสาย. การประมาณการความสูญเสียจากการสูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่ของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ประเทศไทย), 2538.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักนายกรัฐมนตรี.

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ, ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก, (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 153-174). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2546.

อุทุมพร จามรมาน. แบบสอบถาม: การสร้างและการใช้. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

ภาษาอังกฤษ

American College of Physicians Health and Public Policy Committee. Comprehensive functional assessment for elderly patients. Annals of Internal Medicine 1988, July: 70-72.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Journal of Psychiatry 1996, 153 (Suppl.October): 1-31.

Badia, X., Herdman, M. The importance of health-related quality of life data in determining the value of drug therapy. Clinical Therapeutics 2001, 23: 168-175.

Bungay, K.M., Boyer, J.G., Steinwald, A.B, Ware, J.E. Health related quality of life: An overview. In: Bootman,J.L., Townsend, R.J., McGhan, W.F, editors. Principles of Pharmacoeconomics, (2nd ed., pp 126-148). Cincinnati: Harvey Whitney Books, 1996.

Burns, D.M. Nicotine addiction. In: Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., editors. Harrison's principle of internal medicine, (15th ed., pp. 2574-2577). New York, NY: McGraw-Hill, 2002.

Carmelli, D., Swan, G.E, Robinette, D. Letter to the editor. New England Journal of Medicine 1991, 325: 517.

Cramer, J.A., Spilker, B., editors. Quality of Life and Pharmacoeconomics: An introduction. 1st ed. Philadelphia, PA: Lippincott – Raven, 1998.

Comrey, A.L. A first course in factor analysis. New York, NY: Academic Press, 1973.

Coons, S.J. Health Outcomes and Quality of Life. In: Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.M., editors. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach, (5th ed., pp. 11-18). New York, NY: McGraw-Hill, 2002.

Cummings, K.M., Giovino, G., Jean, C.R., Emrich, L.J. Report of smoking withdrawal symptoms over a 21 day period of abstinence. Addictive Behaviors 1985, 10: 373-381.

Doering, P.L., Substance-related disorders: Alcohol, Nicotine, and Caffeine. In: Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.M., editors. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach, (5th ed., pp. 1203-1217). New York, NY: McGraw-Hill, 2002.

Devellis, R.F. Scale development: Theory and application. Applied Social Research Methods Series Volume 26. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

Farquhar, M. Definition of Quality of Life: a taxonomy. Journal of Advanced Nursing 1995, 22: 502-508.

Fayer, P.M., Machin, D. Quality of life; Assessment, Analysis and Interpretation. 1st ed. Great Britain: John Wiley & Sons, 2000.

Ferrans, C. Quality of Life: Conceptual Issues. Seminars in Oncology Nursing 1990, 6: 248-254.

Floyd, F.J., Widaman, K.F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instrument. Psychological Assessment 1995, 7: 286-299.

Fortner, B.S., Brown, K., Varia, I.M., Gersing, K.R., O'Connor, C., Doraiswamy, P.M. Effect of Bupropion SR on the Quality of Life of elderly Depressed Patients with Co-morbid Medical Disorders. Primary care Companion Journal of Clinical Psychiatry 1999, 1(6): 174-179.

Gorsuch, R.L., Factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associations, 1983.

Guadagnoli, E., Velicer, W.F. Relation of sample size to the stability of component patterns. Psychological Bulletin 1988, 103: 265-275.

Gunn, R.C. Reaction to withdrawal symptoms and success in smoking cessation clinics. Addictive Behaviors 1986, 11: 49-53.

Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. Measuring Health-related Quality of Life. Annals of Internal Medicine 1993, 118: 622-629.

Hajek, P., West, R., Foulds, J., Nilsson, F., Burrows, S., Meadow, A. Randomized Comparative Trial of Nicotine Polacrilex, a Transdermal Patch, Nasal Spray, and an Inhaler. Archives of Internal Medicine 1999, 159: 2033-2038.

Hatcher, L. A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling. Cary, NC: SAS Institute, 1994.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T, Frecker, R.C, et al. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991, 86: 1119-1127.

Hepler, C.D., Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 1990, 47: 533-543.

Holms, W.C., Shea, J.A. A new HIV/AIDS –Targeted Quality of life (HAT-QoL) Instrument: Development, Reliability, and Validity. Medical Care 1998, 36: 138-154.

Hughes, J.R. Tobacco withdrawal in self-quitters. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992, 60(5): 689-697.

Hughes, J.R., Gust, S.W., Skoog, K., Keenan, R.M., Fenwick, J.W. Symptoms of Tobacco Withdrawal. Archives of General Psychiatry 1991, 48: 52-59.

Hughes, J.R., Hatsukami, D., Pickens, R.W., Svikis, D.S. Consistency of the tobacco withdrawal syndrome. Addictive Behaviors 1984, 9: 409-412.

Hughes, J.R, Hatsukami, D. Signs and Symptoms of Tobacco Withdrawal. Archives of General Psychiatry 1986, 43: 289-294.

Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Jaeschke, R. How to Develop and Validate a new Health-Related Quality of Life Instrument. In: Spilker, B., editor. Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trial, (2nd ed., pp. 49-56). Philadelphia, PA: Lippincott – Raven, 1996.

Katz, S. The Science of Quality of Life. Journal of Chronic Disease 1987, 40: 459-63.

Kennedy, D.T., Chang, Z.G. Smoking cessation. In: Herfindal, E.T., Gourley, D.R., editors. Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management. (7th ed., pp. 1343-1356). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Killen, J.D, Fortmann, S.P. Craving is associated with smoking relapse: Finding from three prospective studies. Experimental and Clinical Psychopharmacology 1997, 5(2): 137-142.

Lynn, M.R. Determination and Quantification of content validity. Nursing Research 1986, 35: 382-385.

Lyons, R.A., Lo, S.V., Littlepage, B.N.C. Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: a comparison using the SF-36 Health Survey Questionnaire. Tobacco Control 1994, 3: 213-215.

MacKeigan, L.D., Pathak, D.S. Overview of health-related quality-of-life measures. American Journal of Hospital Pharmacy 1992, 49: 2236-2245.

McEvoy, G.K., editor. AHFS Drug Information 2003. Bethesda, USA: American Society of Health- System Pharmacists, 2003.

McHorney, C.A., Ware, J.E., Raczek, A.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Medical Care 1993, 31: 247-263.

McHorney, C.A., Ware, J.E., Raczek, A.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Medical Care 1994, 32: 40-66.

Mulder, I., Tijhuis, M., Smit, H.A., Kromhout D. Smoking cessation and Quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. Preventive Medicine 2001, 33: 653-660.

Murawski, M.M., Bentley, J.P. Pharmaceutical therapy-related quality of life: conceptual development. Journal of social and administrative pharmacy 2001, 18(1): 2-14.

Murray, A.L, Lawrence, P.S. Sequelae to Smoking Cessation: A review. Clinical Psychology Review 1984, 4: 143-157.

Norusis, M.J. SPSS Professional Statistics 6.1 (pp. 47-81). Chicago,IL: SPSS Institute. 1993.

Nunnally, J.C. Psychometrics Theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

Nunnally, J.C., Berstein, I.H. Psychometrics Theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

O'Brien, C.P. Drug addiction and drug abuse. In: Hardman, J.G., Limbird, L.E., editors. Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics, (10th ed., pp. 621-631). USA: McGraw-Hill, 2001.

Ockene, J.K., Emmons, K.M, Mermelstein, R.J, Perkins, K.A., Bonollo, D.S., Voorhees, C.C. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. Health Psychology 2000, 19(1:suppl.): 17-31.

Olufade, A.O., Shaw, J.W., Foster, S.A., Leischow, S.J., Hays, R.D., Coons, S.J. Development of the Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL) questionnaire. Clinical Therapeutics 1999, 21: 2113-2130.

Patrick, D.L., Deyo, R.A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Medical Care 1989, 27: S217-S232.

Patrick, D.L., Erickson, P. Health status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York, NY: Oxford University Press, 1993.

Polit, D.E., Hungler, B.P. Nursing research: principles and method. (6th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

Prochazka, A. New Developments in Smoking Cessation. Chest 2000, 169S-174S.

Radwin, L., Alster, K., Rubin, K.M. Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. Oncology Nursing Forum 2003, 283-300.

Reise, S.P, Waller, N.G., Comrey, A.L., Factor analysis and scale revision. Psychological Assessment 2000, 12(3): 287-297.

Schipper, H., Clinch, J.J., Olweny, C.L.M. Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues. In: Spilker, B., editor. Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trial, (2nd ed., pp.11-23). Philadelphia, PA: Lippincott – Raven, 1996.

Schron, E.B., Shumaker, S.A. The integration of health quality of life in clinical research: Experience from cardiovascular clinical trials. Progress in Cardiovascular Nursing 1992, 7(2): 21.

Shaw, J.W., Coons, S.J, Foster, S.A, Leischow, S.J, Hays, R.D. Responsiveness of the Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL) Questionnaire. Clinical Therapeutics 2001, 23(6): 957-969.

Spector, P.E. Summated Rating Scale Construction; An Introduction. 1st ed. Newbury Park, CA: Sage, 1992.

Spilker, B., Revicki, D.A. Taxonomy Quality of Life. In: Spilker, B., editor. Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trial, (2nd ed., pp.25-31). Philadelphia, PA: Lippincott – Raven, 1996.

Stewart, A.L., King, A.C., Killen, J.D, Ritter, P.L. Does smoking cessation improve health-related quality-of-life. Annals of Behavioral Medicine 1995, 17: 331-338.

Streiner, D.L., Norman, G.R. Selecting the items. In: Streiner, D.L., Norman, G.R., editors. Health measurement scale: A Practical Guide to their Development and Use. (2nd ed., pp. 54-68). Oxford: Oxford University Press, 1995.

Swan, G.E., Ward, M.M., Jack, L.M. Abstinence effects as predictors of 28-day relapse in smokers. Addictive Behaviors 1996, 21(4): 481-490.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. Using Multivariate Statistics. 3rd ed. New York: HarperCollins, 1996

Tinsley, H.E., Tinsley, D.J. Uses of factor analysis in counseling psychology research. Journal of Consulting Psychology 1987, 414-424.

Tillmann, M., Silcock, J.A. comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. Journal of Public Health Medicine 1997, 19: 268-273.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of smoking. Nicotine addiction: a report of the surgeon general. Rockville MD, 1988.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline (AHRQ Publication No.00-0032). Rockville MD, 2000.

Ward, M.M., Swan, G.E., Jack, L.M. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. Addictive Behaviors 2001, 26: 311-327.

Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston: The Health Institute, 1994.

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992, 30: 473-483.

Wenger, N.K., Mattson, M.E., Furberg, C.D., Elinson, J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. American Journal of Cardiology 1984, 54: 908-913.

Wetter, D.W., Baker, T.B., Fiore, M.C., Young, T.B. Tobacco withdrawal and nicotine replacement influence objective measures of sleep. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995, 63(4): 658-667.

Wilson, D., Parsons, J., Wakefield, M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. Preventive Medicine 1999, 29: 139-144.

Wilson, I.B., Cleary, P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. Journal of American Medical Association 1995, 273: 59-65.

Wongwiwatthananukit, S., Jack, M.H., Popovich, N.G. Smoking Cessation: Part 1- An Overview. Journal of American Pharmaceutical Association 1998, 38: 58-70.

Wongwiwatthananukit, S., Jack, M.H., Popovich, N.G. Smoking Cessation: Part 2- Pharmacologic Approaches. Journal of American Pharmaceutical Association 1998, 38: 339-353.

Wongwiwatthananukit, S., Newton, G.D., Popovich, N.G. Development and validation of an instrument to assess the self-confidence of students enrolled in the Advanced Pharmacy Practice Experiences. American Journal of Pharmaceutical Education 2002, 66: 5-19.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. WHO Basic Documents, Geneva: World Health Organization, 1948.

Zilich, A.J, Ryan, M., Adams, A., Yeager, B., Farris K. Effectiveness of Pharmacist-Based Smoking-Cessation Program and Its Impact on Quality of life. Pharmacotherapy 2002, 22(6): 759-765.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก: แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. **เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง **อายุ**.....**ปี** **เชื้อชาติ**.....
2. **สถานภาพการสมรส** ☐โสด ☐ สมรส ☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
3. **การศึกษาขั้นสูงสุด**
   ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย/ปวช.
   ☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท/สูงกว่า
4. **อาชีพของท่านในปัจจุบัน**
   ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขายหรือทำธุรกิจ ☐ รับราชการ
   ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ แม่บ้าน ☐ เกษตรกร
   ☐ นักศึกษา ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. **รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณเท่าไหร่**
   ☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่า 5,000 บาท
   ☐ 5,000-10,000 บาท ☐ 10,001 - 20,000 บาท
   ☐ 20,001-30,000 บาท ☐ 30,001 ขึ้นไป
6. **สิทธิในการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**
   ☐ สิทธิเบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท
   ☐ จ่ายเอง ☐ อื่นๆ.....

ตอนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ

1. **ประวัติการสูบบุหรี่ตามลำดับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่**

จำนวนมวนที่สูบต่อวัน	จำนวนปีที่สูบ (ปี)

2. **ชนิดของบุหรี่ที่สูบหรือเคยสูบ** ☐ บุหรี่ในประเทศ ☐ บุหรี่ต่างประเทศ
3. **สาเหตุในการสูบบุหรี่ครั้งแรก**
   ☐ ทดลองสูบ ☐ สูบตามเพื่อน ☐ รู้สึกเหงา
   ☐ ปัญหาครอบครัว/ การงาน ☐ อื่นๆ ระบุ .....

4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบเป็นประจำทุกวัน (ตอบข้อ 5-9 จากนั้นข้ามไปตอบข้อ 15-17)

☐ เลิกสูบแล้ว (ข้ามไปตอบข้อ 10-17)

ข้อ 5-9 สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

5. **ท่านสูบบุหรี่มานานเท่าไร**.....**ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบในปัจจุบัน**.....**มวน/วัน**

6. **ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่**

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 9)

☐ เคยเลิกมาทั้งหมด.....ครั้ง

6.1 ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด.....วัน/สัปดาห์/เดือน

6.2 วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ คือ (หากใช้ยากรุณาระบุชื่อยาและระยะเวลาที่ใช้ด้วย)

.....

7. **ในปีที่ผ่านมาท่านเคยเลิกสูบบุหรี่**.....ครั้ง

7.1 ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุดในปีที่ผ่านมา.....วัน/สัปดาห์/เดือน

7.2 วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ คือ (หากใช้ยากรุณาระบุชื่อยาและระยะเวลาที่ใช้ด้วย)

.....

8. **สาเหตุที่ท่านกลับมาสูบบุหรี่อีก**

☐ เพื่อนชักชวน ☐ เข้างานสังคม ☐ เครียด ☐ อื่นๆ.....

9. **ปัจจุบันท่านกำลังจะเลิกสูบบุหรี่ใช่หรือไม่**

☐ ใช่ (ข้ามไปตอบข้อที่ 14)

สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่.....

☐ ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 15)

ข้อ 10-14 สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

10. **ท่านเคยสูบบุหรี่มานานเท่าไรก่อนที่จะเลิกสูบ**.....**ปี**
จำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนที่จะเลิก.....**มวน/วัน**

11. **ท่านเคยเลิกบุหรี่ทั้งหมด**.....**ครั้ง ในปีที่ผ่านมา**.....**ครั้ง ก่อนเลิกได้สำเร็จ**

12. **สาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่**.....

13. **ปัจจุบันท่านเลิกสูบบุหรี่มาได้นานเท่าไร**

☐ น้อยกว่า 1 วัน ☐ 1-7 วัน ☐ 1-2 สัปดาห์ ☐ > 2 - 4 สัปดาห์

☐ > 1-3 เดือน ☐ > 3-6 เดือน ☐ 6-12 เดือน ☐ มากกว่า 1 ปี

14. **ท่านเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 14.1 เลิกสูบบุหรี่เองทันที (หักดิบ)

☐ 14.2 ค่อยๆลดลง จนเลิก

☐ 14.3 รับคำปรึกษาที่คลินิกเลิกบุหรี่

☐ 14.4 ใช้ยา โดยยาที่ใช้ คือ ❍ น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ ❍ หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน

❍ แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน ❍ ชาสมุนไพรหญ้าดอกขาว

❍ ยาเม็ดชนิดรับประทานเพื่อเลิกบุหรี่ Quomem®(bupropion 150 mg)

❍ อื่นๆ (ระบุชื่อยา) .....

14.4.1 ปัจจุบันท่านยังใช้ยาอยู่หรือไม่

☐ ใช้ยามาประมาณ .....สัปดาห์/เดือน

☐ ไม่ใช้แล้ว ระยะเวลาที่เคยใช้ยาจนเลิกบุหรี่.....สัปดาห์/เดือน

14.4.2 ยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วยขณะที่กำลังเลิกสูบบุหรี่.....

☐ 14.5 วิธีอื่นๆ (ระบุ.....)

15. **ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ ไม่มี ☐ ความดันโลหิตสูง เป็นมา.....ปี ความดันปัจจุบัน.....

☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นมา ..... ปี ☐ โรคหัวใจวาย เป็นมา.....ปี

☐ ไขมันในเลือดสูง เป็นมา.....ปี ☐ หอบหืด เป็นมา.....ปี

☐ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นมา.....ปี ☐ เบาหวาน เป็นมา.....ปี

☐ อื่นๆ ระบุ.....เป็นมา.....ปี

16. **การใช้สารเสพติดอื่นๆ**

❍ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

☐ ไม่ดื่ม ☐ เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว เลิกมา.....เดือน/ปี

☐ ดื่มบ้างนานๆครั้ง (ประมาณ.....เดือน/ครั้ง .....สัปดาห์/ครั้ง)

☐ ดื่มเป็นประจำสัปดาห์ละ.....ครั้ง ครั้งละ.....แก้ว/ขวด/แบน

☐ ดื่มเป็นประจำทุกวัน วันละ.....แก้ว/ขวด/แบน

ชนิดที่ดื่ม ชนิด ❍เหล้า ❍เบียร์ ❍ยาดองเหล้า ❍ อื่นๆ ระบุ.....

ระยะเวลาที่ดื่มมา.....ปี

❍ กาแฟ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว ☐ ดื่มเป็นประจำวันละ.....แก้ว

❍ สารเสพติดอื่นๆที่ใช้ในปัจจุบัน (ระบุชนิด/ปริมาณ/ระยะเวลาที่ใช้)

☐ ไม่เคยใช้ ☐ เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เลิกมา.....เดือน/ปี

17. **ยาที่ใช้เป็นประจำ (กรุณาระบุชื่อยาและวิธีใช้ยาด้วย)** .....

ตอนที่ 3 : แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุด
(สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วให้ตอบตามการสูบบุหรี่ของท่านในอดีตขณะที่ยังสูบอยู่)

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

   ☐ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน) ☐ 11-20 มวน (1 คะแนน)

   ☐ 21-30 มวน (2 คะแนน) ☐ 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)

2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่

   ☐ ภายใน 5 นาทีหลังตื่น (3 คะแนน) ☐ 6-30 นาทีหลังตื่น (2 คะแนน)

   ☐ 31-60 นาที หลังตื่น (1 คะแนน) ☐ มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น (0 คะแนน)

3. คุณสูบบุหรี่จัดในชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

4. บุหรี่มวนไหนที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุดระหว่าง

   ☐ มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน) ☐ มวนอื่นๆ (0 คะแนน)

5. คุณรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจไหม ที่ต้องอยู่ในเขต "ปลอดบุหรี่" เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ห้องสมุด

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

6. คุณคิดว่าคุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ

0-2 = very low 3-4 = low 5-6 = medium

7 = high (heavy) 8-10 = very high

ตอนที่ 4 : แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ลงใน □ เฉพาะหน้าข้อที่ตรงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวท่าน (สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วให้ตอบตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอดีตขณะที่ยังสูบ)

□	■	ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
□	▲	บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร
□	●	ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
□	▲	ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมา
□	■	ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าฉันไม่ได้สูบมันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
□	●	การสูบบุหรี่เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
□	▲	ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบเช่น การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟแช็ค
□	■	ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
□	●	เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
□	▲	ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
□	●	ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
□	■	ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลียดังนั้นฉันจึงต้องสูบมันต่อไป
□	●	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ฉันตึงเครียด
□	▲	ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
□	■	เมื่อบุหรี่หมดมันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

คะแนนรวม ■..... ●..... ▲.....

ผลคะแนน นับจำนวนสัญลักษณ์ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือว่าเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้คนนั้นสูบบุหรี่

■ หมายถึง ภาวะเสพติดนิโคติน

● หมายถึง ภาวะเสพติดทางจิตใจ

▲ หมายถึง ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน

ภาคผนวก ข: แบบสัมภาษณ์: คุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ : คุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

บทนำ แนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ (ผู้วิจัย) อธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ชี้แจงผู้ให้สัมภาษณ์ว่าการให้ข้อมูลในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการทางการแพทย์ และขอความยินยอมในการให้สัมภาษณ์

เนื้อเรื่อง ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ (ภาคผนวก ก)
- ขอให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่โดยอาจเป็นประสบการณ์ในปัจจุบันที่กำลังเลิกสูบบุหรี่หรือประสบการณ์ในอดีต โดยขอให้เล่าหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่

1. ในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่มามีความรู้สึกอย่างไรบ้าง ? มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจอย่างไรบ้าง ?

   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

2. หลังจากเลิกสูบบุหรี่สุขภาพร่างกายเป็นอย่างไรบ้าง?

   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

3. หลังจากเลิกสูบบุหรี่นอนหลับดีมั้ย ?

   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. หลังจากเลิกสูบบุหรี่แล้วการเข้าสังคมหรือการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนเป็นอย่างไรบ้าง ?

.....

.....

.....

5. หลังจากเลิกสูบบุหรี่แล้วความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง ?

.....

.....

.....

6. การเลิกสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

.....

7. คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้างเกี่ยวกับยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ใช้ ?

.....

.....

.....

8. การใช้ยาทำให้เกิดความยุ่งยากหรือลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่ ?

.....

.....

.....

9. คุณเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หรือไม่ มีอาการอย่างไร และอาการนั้นส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของคุณอย่างไร ?

.....

.....

.....

10. ความรู้สึกอื่นๆที่เกิดหลังจากเลิกสูบบุหรี่หรือความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค: รายนามของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์
   หัวหน้าฝ่ายบริการเวชศาสตร์ครอบครัว
   คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เรืออากาศโท นพ.สมิต วัฒนธัญญกรรม
   รองผู้อำนวยการฝ่ายอำนวยการ
   สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

3. แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์
   แพทย์ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ วิทยา
   สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

4. เภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ
   หัวหน้างานวิชาการเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม
   สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

5. นางธิดา ปัญจพันธ์พงศ์
   กลุ่มการพยาบาล
   สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

6. ดร.ศุลีพร แสงกระจ่าง
   กลุ่มงานวิจัยและค้นคว้า
   สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรี เลอมานกุล
   ภาควิชาเภสัชกรรม
   คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์
   โครงการจัดตั้งภาควิชาบริหารเภสัชกิจ
   คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ
   โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก
   คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง: จดหมายขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่ วันที่ กรกฎาคม 2546
เรื่อง ขออนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อจัดทำโครงการศึกษาปัญหาพิเศษ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรี เลอมานกุล

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวฐิติพร นาคทวน นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ชั้นปีที่ 2 สาขาเภสัชกรรมคลินิก มีความประสงค์จะทำโครงการศึกษาเรื่อง " การศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ " ซึ่งเป็นการศึกษาของรายวิชาปัญหาพิเศษ (Special problems) โดยมีรองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ และขั้นตอนหนึ่งในการดำเนินการดังกล่าวมีความจำเป็นต้องอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) และเนื่องจากท่านเป็นหนึ่งในผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ ดิฉันจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือนี้ เมื่อท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือเสร็จ ดิฉันจะมาขอรับคืนในวันที่ 31 สิงหาคม 2546 เพื่อนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบจริงกับผู้ที่เลิกบุหรี่ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเพื่อตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเครื่องมือวัดดังกล่าว ตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวฐิติพร นาคทวน)
นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ชั้นปีที่ 2

(รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์)
อาจารย์ที่ปรึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ: เครื่องมือฉบับร่างสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการศึกษาเรื่อง : การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ผู้จัดทำ : นางสาวฐิติพร นาคทวน

อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่มีความตรงและความเที่ยง

คำชี้แจงสำหรับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นหลัก คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical domain)	จำนวน	15	ข้อ
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (psychological domain)	จำนวน	39	ข้อ
3. คุณภาพชีวิตด้านสังคม (social domain)	จำนวน	7	ข้อ
4. คุณภาพชีวิตด้านอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่ (cessation-related symptoms domain)	จำนวน	8	ข้อ
5. คุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (pharmaceutical therapy domain)	จำนวน	24	ข้อ
6. การยอมรับภาวะสุขภาพ (health perception)	จำนวน	2	ข้อ
	รวม	95	ข้อ

- ในแต่ละประเด็นหลักจะประกอบด้วยประเด็นย่อยหรือด้านต่างๆ ซึ่งในแต่ละด้านจะประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับด้านนั้น เมื่อท่านอ่านข้อคำถามเหล่านี้แล้วกรุณาทบทวนข้อคำถามในเรื่องความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อตรงกับด้านที่ได้จำแนกไว้หรือไม่ กำหนดผลการพิจารณาเป็นดัชนีชี้วัดความตรงทางเนื้อหา (content validity index) โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ (รายละเอียดอยู่ในหน้าแรกของเครื่องมือวัด) ท่านกรุณาวงกลม ○ เลือกระดับความสอดคล้องของข้อคำถามกับด้านที่ได้จำแนกไว้เพียงระดับเดียว นอกจากนี้หากท่านพบว่าข้อคำถามใด“**ไม่**”สอดคล้องกับด้านที่ได้จำแนกไว้แต่มีความสอดคล้องกับด้านอื่นๆมากกว่า กรุณาเขียนข้อเสนอแนะลงในบริเวณที่ว่างภายใต้ข้อนั้น
- กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา การใช้ภาษาในแต่ละข้อคำถาม ถ้าท่านคิดว่าข้อใดควรเรียบเรียงใหม่หรือภาษาไม่ชัดเจน กรุณาเขียนข้อเสนอแนะลงในบริเวณที่ว่างภายใต้ข้อนั้น
- เนื่องจากแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก (response choices) ที่แตกต่างกัน โดยข้อคำถามในประเด็นย่อยเดียวกันก็อาจมีตัวเลือกแตกต่างกันได้แล้วแต่ความเหมาะสมของข้อคำถาม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแสดงถึง

ระดับคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด ดังนั้นหากตัวเลือกที่ได้ตั้งไว้ในข้อใด "**ไม่**"เหมาะสมหรือมีตัวเลือกแบบอื่นที่เหมาะสมกว่า กรุณาระบุเพิ่มเติมในบรรทัด**หมายเหตุ**

- หากท่านต้องการเสนอแนะข้อคำถามเพิ่มเติมในประเด็น/ด้านใด กรุณาเพิ่มเติมได้ในช่อง ☺ ซึ่งเป็นส่วนสุดท้ายของประเด็น/ด้านนั้นๆ
- หากท่านมีข้อเสนอแนะอื่นใดนอกจากที่ได้กล่าวมาแล้ว หรือมีประเด็น/ด้านอื่นที่ยังขาดไป กรุณาเพิ่มเติมได้ในหน้าสุดท้ายของเครื่องมือวัดนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความอนุเคราะห์มา ณ. โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเด็นหลักและประเด็นย่อยในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย/ด้าน	หมายเลขข้อ
1. **หมวดร่างกาย** (Physical domain)	1.1 ความแข็งแรงของร่างกาย (Fitness)	1 , 2 , 3 , 4
	1.2 การนอนหลับ (Sleep)	5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10
	1.3 ความอยากอาหาร (Appetite)	11 , 12 , 13 , 14 , 15
2. **หมวดจิตใจ** (Psychological domain)	2.1 อารมณ์ (Emotion)	16 , 17 , 18 , 19 , 20
	2.2 ความวิตกกังวล (Anxiety)	21 , 22 , 23 , 24 , 25
	2.3 สุขภาพจิตอื่นๆ (Mental health)	26 , 27 , 28 , 29 , 30
	2.4 ความมีชีวิตชีวา (Vitality)	31 , 32 , 33 , 34 , 35
	2.5 ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน (Role-emotional)	36 , 37 , 38 , 39
	2.6 การเรียนรู้/การจำ/ตัดสินใจ (Cognition)	40 , 41 , 42 , 43
	2.7 ความพอใจในตนเอง (Self-esteem)	44 , 45 , 46 , 47 , 48 ,49
	2.8 ภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ (Bodily image)	50, 51 , 52 , 53 , 54
3. **หมวดสังคม** (Social domain)	3.1 ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social interaction)	55 , 56 , 57 , 58
	3.2 ผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม (Social functioning)	59 , 60 , 61
4. **หมวดอาการที่พบหลังเลิกสูบบุหรี่** (Cessation-related symptoms domain)	4.1 อาการอยากสูบบุหรี่ (Craving)	62 , 63 , 64 , 65
	4.2 อาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่ (Subjective complaints)	66 , 67 , 68 , 69
5. **หมวดการรักษาโดยการใช้ยา** (Pharmaceutical therapy domain)	5.1 ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (Psychosocial consequences)	70 , 71 , 72 , 73 , 74 , 75 , 76 , 77 , 78 , 79
	5.2 อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Negative consequences)	
	- อาการข้างเคียงจากการรักษาโดยทั่วไป	80 ,81 , 82 , 83 , 84 , 85 , 86 , 87
	- อาการข้างเคียงจากการรักษาจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ	88 , 89 , 90 , 91 , 92 , 93
6. **หมวดการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง** (Health perception)	6.1 การยอมรับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception)	94
	6.2 ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพ (Satisfaction with health)	95

หลักเกณฑ์การเลือกระดับคะแนนของความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกันเลยระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้

ระดับ 2 หมายถึง ไม่สามารถประเมินความสอดคล้องได้ ควรต้องมีการแก้ไขข้อคำถามใหม่

ระดับ 3 หมายถึง มีความสอดคล้องกัน แต่ควรมีการแก้ไขเล็กน้อย เช่น แก้ภาษาที่ใช้

ระดับ 4 หมายถึง มีความสอดคล้องกันดีมาก ระหว่างข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้

กรุณาวงกลม ○ เลือกระดับความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็น/ด้านที่ได้จำแนกไว้เพียงระดับเดียว

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

1. **หมวดร่างกาย** ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 3 ด้าน ทั้งหมด 15 ข้อคำถาม

1.1 ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Fitness)

1. **ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

□ เหมาะสม □ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

2. **ท่านรู้สึกมีกำลังวังชา**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

□ เหมาะสม □ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

3. **ท่านรู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลียแรง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

□ เหมาะสม □ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

4. **ท่านเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

□ เหมาะสม □ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความแข็งแรงของร่างกาย** (Fitness)

.....

.....

1.2 **ด้านการนอนหลับ** (Sleep)

5. **ตอนเข้านอน ท่านมักนอนหลับยาก**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

6. **ท่านนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

7. **ท่านรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มที่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

8. **ท่านรู้สึกง่วงนอนในตอนกลางวัน**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

9. **ท่านตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

10. **ปัญหาในการนอนของท่านส่งผลเสียต่อการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านการนอนหลับ** (Sleep)

.....

.....

1.3 **ด้านความอยากอาหาร** (Appetite)

11. ท่านรับประทานอาหารมื้อหลัก ๆแล้วก็ยังรู้สึกไม่ค่อยอิ่ม

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

12. ท่านรู้สึกหิวบ่อย

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

13. ท่านอยากรับประทานขนมหวาน ๆ มาก

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

14. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

15. ท่านรู้สึกรับรสชาติของอาหารได้ดีขึ้น

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความอยากอาหาร** (Appetite)

.....

.....

2. **หมวดจิตใจ** ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 8 ด้าน ทั้งหมด 39 ข้อคำถาม

2.1 **ด้านอารมณ์** (Emotion)

16. **ท่านรู้สึกหงุดหงิด**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

17. **ท่านรู้สึกโกรธง่าย**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

18.**ท่านรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

19. **ท่านเคยลืมตัวระบายอารมณ์กับคนรอบข้าง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

20. **ท่านรู้สึก<u>ไม่</u>อดทนต่อสิ่งต่าง ๆที่มากระทบจิตใจ**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านอารมณ์** (Emotion)

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 **ด้านความวิตกกังวล** (Anxiety)

21. **ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

22. **ท่านวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

23. **ท่านวิตกกังวลว่าอาจเกิดอาการแทรกซ้อนหรืออาการถอนนิโคตินจากการเลิกบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

24. **ท่านวิตกกังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

25. **ท่านวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลเสียต่อโรคประจำตัว**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความวิตกกังวล** (Anxiety)

.....

.....

2.3 **ด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ** (Mental health)

26. ท่านรู้สึกซึมเศร้า

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

27. ท่านรู้สึกตึงเครียด

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

28. ท่านรู้สึกทุกข์ใจเหมือนมีบางอย่างขาดหายไป

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

29. ท่านรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

30. ท่านรู้สึกใจเย็นและสงบ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ** (Mental health)

.....

.....

2.4 **ด้านความมีชีวิตชีวา** (Vitality)

31. ท่านรู้สึกมีกำลังใจเต็มเปี่ยม

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

32. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

33. ท่านรู้สึกเซ็งและเบื่อ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

34. ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u>ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

35. ท่านรู้สึกเหนื่อยใจ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความมีชีวิตชีวา** (Vitality)

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.5 **ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน** (Role-emotional)

36. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้<u>ไม่นานเท่าเดิม</u>

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

37. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานได้<u>น้อยกว่า</u>ที่ต้องการ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

38. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านมี<u>ความระมัดระวัง</u>ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน<u>น้อยกว่า</u>เดิม

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

39. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้<u>ไม่ดีเท่าที่ควร</u>

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมประจำวัน** (Role-emotional)

.....

. .....

2.6 **ด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ** (Cognition)

40. ท่านรู้สึกขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

41. **ความคิดไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

42. **ท่านขาดความมั่นใจในการคิดและตัดสินปัญหา**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

43. **ท่านมักจะหลงลืม**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านการเรียนรู้/การจำ/การตัดสินใจ** (Cognition)

.....

.....

2.7 **ด้านความพอใจในตนเอง** (Self-esteem)

44. **ท่านรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

45. **ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เลิกบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

46. **ท่านรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

47. **ท่านรู้สึกนับถือตนเอง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

48. **ท่านมีความเชื่อมั่นในตนเอง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

49. **สามี/ภรรยา/ลูกหลานชื่นชมในตัวท่าน**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความเชื่อมั่น** (Self-esteem)

.....

.....

2.8 **ด้านภาพลักษณ์/บุคลิกภาพ** (Bodily image)

50. **การสูบบุหรี่ช่วยให้ท่านมีบุคลิกภาพดีขึ้น**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

51. **การที่<u>ไม่สูบบุหรี่</u>ทำให้ท่านสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

52. **ท่านรู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์การ<u>ไม่สูบบุหรี่</u>**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

53. การเลิกบุหรี่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นจึงทำให้รูปร่างไม่เป็นที่ดึงดูดใจ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

54. การเลิกบุหรี่จะช่วยท่านมีร่างกายและลมหายใจสะอาดและสดชื่นขึ้น

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านบุคลิกภาพ** (Bodily image)

.....

.....

3. หมวดสังคม ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 2 ด้าน ทั้งหมด 7 ข้อคำถาม

3.1 **ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น** (Social interaction)

55. ท่านอยากอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

56. ท่านรู้สึกว่าเข้าได้ดีกับเพื่อนฝูง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

57. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงงานสังคมหรืองานสังสรรค์ที่มีการดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

58. **ท่านต้องใช้ความพยายามในการ<u>หักห้ามใจ</u>ตนเองอย่างมากเมื่อเข้าไปอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น** (Social interaction)

.....

.....

3.2 **ด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม** (Social functioning)

59. **ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติที่ท่านทำร่วมกับครอบครัว เพื่อนฝูง <u>บ่อยครั้งแค่ไหน</u>**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

60. **ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติที่ท่านทำร่วมกับครอบครัว เพื่อนฝูง <u>มากน้อยเพียงใด</u>**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

61. **ท่านพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัว และ เพื่อนฝูง <u>มากน้อยเพียงใด</u>**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต่อกิจกรรมทางสังคม** (Social functioning)

.....

.....

4. **หมวดอาการที่พบหลังจากเลิกสูบบุหรี่** ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 2 ด้าน ทั้งหมด 8 ข้อคำถาม

4.1 **ด้านอาการอยากสูบบุหรี่** (Craving)

62. **ท่านรู้สึกกระหายอยากสูบบุหรี่เป็นอันมาก**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

63. **ท่านหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ ตลอดเวลา

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

64. **ท่านรู้สึกทรมานใจจากความอยากบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

65. **ท่านสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ใช่อย่างยิ่ง ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ใช่อย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านอาการอยากสูบบุหรี่** (Craving)

.....

.....

4.2 **ด้านอาการทางกายอื่นๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่** (Subjective complaints)

66. **ท่านมีอาการไอเกิดขึ้น**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

67. **ท่านมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนเกิดขึ้น** 1 2 3 4
มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก
☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

68. **ท่านมีอาการเจ็บคอ**
มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก
☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

.....

69. **ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย**
มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก
☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านอาการทางกายอื่น ๆหลังจากเลิกสูบบุหรี่** (Subjective complaints)

.....

.....

5. **หมวดการรักษาโดยการใช้ยา** ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 2 ด้านทั้งหมด 24 ข้อคำถาม

5.1 **ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา** (Psychosocial consequences)

70. **ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง
☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

71. **การใช้ยาเลิกบุหรี่ (เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง) จะทำให้ท่านเสียบุคลิกภาพมากกว่าการกินยาเม็ด**
มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง
☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

72. เวลาที่ต้องไปทำงานหรือเดินทางไกลทำให้ไม่สะดวกที่จะพกยาไปด้วย

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

73. ยาที่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก ต้องมีเทคนิคในการใช้ทำให้ท่านเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

74. ท่านมีความกลัวว่าถ้าใช้ยาไปนาน ๆแล้วจะเกิดการติดยา

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

75. ท่านมีความเชื่อว่าถ้าได้ใช้ยาท่านจะสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

76. หากท่านต้องใช้ยาตั้งแต่สองตัวร่วมกันแล้วยาบางตัวต้องปรับขนาดเพิ่มเมื่อครบกำหนด และยาบางตัวต้องปรับขนาดลดลงจะทำให้ท่านเกิดความสับสนในการใช้ยา

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

77. **หากต้องใช้ยาวันละหลาย ๆครั้งท่านรู้สึกว่าเป็นภาระมาก**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

78. **ท่านมีความเชื่อว่าการใช้ยาจะทำให้ท่านสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

79. **เวลาที่ต้องอยู่ในสังคมทำให้ท่านไม่สะดวกใจที่จะใช้ยา เนื่องจากจะถูกสังคมมองว่าเป็นโรค**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา** (Psychosocial consequences)

.....

.....

5. 2 **ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา** (Negative consequences)

5.2.1 **ด้านอาการข้างเคียงจากการรักษาโดยทั่วไป** (General treatment-related symptoms)

80. **ท่านเกิดอาการปวดศีรษะ**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

81. **ท่านเกิดอาการท้องผูก**

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

82. ท่านรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้ง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

83. ท่านรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

84. ท่านรู้สึกคลื่นไส้หรืออาเจียน

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

85. ท่านรู้สึกเจ็บยอดอกหรือปวดแสบหรือไม่สบายท้อง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

86. ท่านรู้สึกว่านอนไม่หลับ

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

87. ท่านคิดว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของท่าน<u>มากน้อยเพียงใด</u>

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

หมายเหตุ ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านอาการข้างเคียงจากการรักษาโดยทั่วไป**

.....

.....

5.2.2 **ด้านอาการข้างเคียงจากการรักษาจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ** (สำหรับด้านนี้ให้ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้เท่านั้น)

ข้อที่ 88- 89 สำหรับผู้ที่ใช้ **<u>แผ่นแปะนิโคติน</u>**

88. ท่านเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่แปะแผ่นยา

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

89. ท่านรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่แปะแผ่นยา

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

ข้อที่ 90-93 สำหรับผู้ที่ใช้**<u>หมากฝรั่งนิโคติน</u>**

90. ท่านรู้สึกปวดเมื่อยกราม

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

91. ท่านเกิดอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

92. ท่านเกิดอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

93. ท่านเกิดแผลในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านอาการข้างเคียงจากการรักษาจากการใช้ยารูปแบบพิเศษ**

.....

.....

6. **หมวดการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง**ประกอบด้วยประเด็นย่อย/ด้าน 2 ด้าน ทั้งหมด 2 ข้อคำถาม

6.1 **การยอมรับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป** (General health perception)

94. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านคิดว่าโดยรวมแล้ว**<u>สุขภาพกายและใจ</u>** ของท่านจัดอยู่ในระดับใด?

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่ดีเลย ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

6.2 **ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพ** (Satisfaction with health)

95. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านพึงพอใจต่อ **<u>สุขภาพกายและใจ</u>** ของท่านในระดับใด ?

มีความสอดคล้องกับด้านที่กำหนดในระดับ 1 2 3 4

.....

<u>หมายเหตุ</u> ตัวเลือกที่ตั้งไว้คือ ไม่พอใจมาก ไม่พอใจ พอใจบ้างไม่พอใจบ้าง พอใจ พอใจมาก

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุคำแนะนำ.....

☺ **ข้อคำถามที่แนะนำเพิ่มเติมในด้านการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง**

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับคำแนะนำในครั้งนี้

(นางสาวฐิติพร นาคทวน)

ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ: เครื่องมือหลังผ่านการทดสอบขั้นต้นที่นำไปทดสอบจริงในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี 2546 ซึ่งต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ **โดยการวิจัยนี้ต้องการข้อมูลจากทั้งท่านที่ยังสูบบุหรี่อยู่หรือเลิกสูบบุหรี่แล้ว** ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ช่วยตอบแบบสอบถามนี้ และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อตาม**สิ่งที่ตรงกับความเป็นอยู่และความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะโดยรวมและไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด

แบบสอบถามนี้มี 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ตอบเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่)

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดียิ่งมา ณ. ที่นี้

เภสัชกรหญิงฐิติพร นาคทวน

ผู้วิจัย

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

วันที่เก็บข้อมูล.....

แหล่งเก็บข้อมูล.....

วิธีเก็บข้อมูล

❍ ตอบเอง

❍ ผู้เก็บข้อมูลอ่านให้ฟังแล้วตอบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง

คำถามเหล่านี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่และความรู้สึกของท่าน **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำถามเหล่านี้ *ไม่มี* คำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามทุกคำถาม** โดยวงกลม ❍ ล้อมรอบหมายเลขคำตอบตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดตรงกับการดำรงชีวิตประจำวันของตัวท่าน **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา?**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	**นานๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
ตัวอย่าง ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณภาพชีวิตที่ดี	1	2	3	4	⑤
1.1 ฉันไม่มีกำลังวังชาในการทำกิจกรรมประจำวัน	1	2	3	4	5
1.2 ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ	1	2	3	4	5
1.3 ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น	1	2	3	4	5
1.4 ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	1	2	3	4	5
1.5 เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก	1	2	3	4	5
1.6 ฉันนอนหลับแล้วมักตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน	1	2	3	4	5
1.7 ฉันรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเต็มอิ่ม	1	2	3	4	5
1.8 ฉันตื่นนอนเช้ากว่าที่เคยเป็น	1	2	3	4	5
1.9 ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณเท่าเดิมแล้วรู้สึกไม่อิ่ม	1	2	3	4	5
1.10 ฉันรู้สึกหิวในช่วงระหว่างมื้ออาหาร	1	2	3	4	5
1.11 ฉันอยากรับประทานของหวาน	1	2	3	4	5
1.12 ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	1	2	3	4	5
1.13 ฉันรู้สึกรับรสชาติของอาหารได้ดี	1	2	3	4	5
1.14 ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้เพิ่มขึ้น	1	2	3	4	5

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
1.15 ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1	2	3	4	5
1.16 ฉันรู้สึกโกรธง่าย	1	2	3	4	5
1.17 ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย	1	2	3	4	5
1.18 ฉันเคยลืมตัวระบายอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดกับคนรอบข้าง	1	2	3	4	5
1.19 ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของตนเองได้	1	2	3	4	5
1.20 ฉันรู้สึกเศร้าซึม	1	2	3	4	5
1.21 ฉันรู้สึกตึงเครียด	1	2	3	4	5
1.22 ฉันรู้สึกเหงาเมื่อไม่มีบุหรี่อยู่ในมือ	1	2	3	4	5
1.23 ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5
1.24 ฉันรู้สึกสบายและปลอดโปร่งใจ	1	2	3	4	5
1.25 ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5
1.26 ฉันมีพลังใจเต็มเปี่ยมที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
1.27 ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5
1.28 ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ	1	2	3	4	5
1.29 ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5
1.30 ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ	1	2	3	4	5
1.31 ฉันขาดสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ	1	2	3	4	5
1.32 ฉันรู้สึกว่าความคิดของฉันไม่แล่น ติดๆขัดๆ ไม่ทะลุปรุโปร่ง	1	2	3	4	5
1.33 ฉันขาดความมั่นใจในการคิดและแก้ไขปัญหา	1	2	3	4	5
1.34 ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน	1	2	3	4	5
1.35 ฉันสามารถเข้ากับเพื่อนฝูงได้ดี	1	2	3	4	5
1.36 ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์	1	2	3	4	5
1.37 ฉันต้องพยายามหักห้ามใจตนเองอย่างมากที่จะ ไม่สูบบุหรี่เมื่อพบเห็นหรือพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่	1	2	3	4	5
1.38 ฉันรู้สึกอึดอัด ลำบากใจเมื่ออยู่ในห้องสมุด โรงภาพยนตร์หรือบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่	1	2	3	4	5

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
1.39 ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก	1	2	3	4	5
1.40 ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
1.41 ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ	1	2	3	4	5
1.42 ฉันสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างราบรื่นแม้ไม่ได้สูบบุหรี่	1	2	3	4	5
1.43 ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ	1	2	3	4	5
1.44 ฉันมีอาการอ่อนเพลีย	1	2	3	4	5

2. **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์** (เช่น รู้สึกหงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เซ็ง และเบื่อ วิตกกังวล หรืออื่นๆ) ทำให้ท่านมีปัญหาเหล่านี้**บ่อยครั้งเพียงใด ?**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
2.1 ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม	1	2	3	4	5
2.2 ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1	2	3	4	5
2.3 ฉันมีความระมัดระวังน้อยลงกว่าเดิมในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน	1	2	3	4	5
2.4 ฉันทำงานหรือกิจกรรมประจำวันผิดพลาดมากขึ้น	1	2	3	4	5
2.5 ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **ครอบครัว**	1	2	3	4	5
2.6 ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5

3. **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ **มากน้อยเพียงใด ?**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เลย	น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก
3.1 ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
3.2 ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ	1	2	3	4	5
3.3 ฉันวิตกกังวลว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
3.4 ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
3.5 ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1	2	3	4	5
3.6 ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว	1	2	3	4	5
3.7 ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	1	2	3	4	5
3.8 ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง	1	2	3	4	5
3.9 ฉันรู้สึกนับถือตนเอง	1	2	3	4	5
3.10 ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง	1	2	3	4	5
3.11 ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **ครอบครัว**	1	2	3	4	5
3.12 ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ **เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5
3.13 ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**	1	2	3	4	5
3.14 ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ **เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5

สำนักวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่านอย่างไร **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4.1 การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีบุคลิกภาพที่ดี	1	2	3	4	5
4.2 การสูบบุหรี่ทำให้ฉันดูเก๋า เก๋ ในสายตาคนรอบข้าง	1	2	3	4	5
4.3 การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวทำให้รูปร่างของฉันดูดี	1	2	3	4	5
4.4 ฉันรู้สึกว่ากลิ่นลมหายใจและร่างกายของฉันสะอาดเป็นที่ยอมรับของสังคม	1	2	3	4	5

5. **<u>ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** โดยรวมแล้ว<u>สุขภาพด้านร่างกาย</u>ของฉันจัดอยู่ในระดับ ?

ไม่ดีเลย	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
1	2	3	4	5

6. **<u>ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** โดยรวมแล้ว<u>สุขภาพจิตใจและอารมณ์</u>ของฉันจัดอยู่ในระดับ ?

ไม่ดีเลย	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
1	2	3	4	5

7. **<u>ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ฉันพอใจต่อ<u>สุขภาพด้านร่างกาย</u>ของฉันในระดับ ?

ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	พอใจบ้างไม่พอใจบ้าง	พอใจ	พอใจมาก
1	2	3	4	5

8. **<u>ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ฉันพอใจต่อ<u>สุขภาพจิตใจและอารมณ์</u>ของฉันในระดับ ?

ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	พอใจบ้างไม่พอใจบ้าง	พอใจ	พอใจมาก
1	2	3	4	5

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

<u>คำชี้แจง</u> คำถามเหล่านี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ของท่าน **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ตอบเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่)</u>** **<u>คำถามเหล่านี้ *ไม่มี* คำตอบที่ถูกหรือผิด</u>** **<u>โปรดตอบคำถามทุกคำถาม</u>** โดยวงกลม ❍ ล้อมรอบหมายเลขคำตอบตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
1.1 ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
1.2 ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ	1	2	3	4	5
1.3 ฉันรู้สึก<u>ไม่</u>สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน	1	2	3	4	5
1.4 ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก	1	2	3	4	5
1.5 ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา	1	2	3	4	5
1.6 ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	1	2	3	4	5
1.7 ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง	1	2	3	4	5
1.8 ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต	1	2	3	4	5
1.9 อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน	1	2	3	4	5

2. **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ต่อไปนี้ **<u>บ่อยครั้งเพียงใด</u>** ?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
2.1 ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.2 ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.3 ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.4 ฉันรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.5 ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยาช่วย เลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.6 ฉันมีอาการปวดแสบยอดอก(บริเวณลิ้นปี่)หรือไม่สบายท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.7 ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.8 ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
2.9 ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่					

3. **<u>คำถามข้อที่ 3.1-3.2 เฉพาะผู้ที่ใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน</u>**

<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน ต่อไปนี้ **<u>มากน้อยเพียงใด ?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
3.1 ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา	1	2	3	4	5
3.2 ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา	1	2	3	4	5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. **<u>คำถามข้อที่</u>** 4.1-4.4 **<u>ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน</u>**

<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน ต่อไปนี้ **<u>บ่อยครั้งเพียงใด?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
4.1 ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
4.2 ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
4.3 ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
4.4 ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อแบบสอบถามนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงใน☐ หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุดและแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่างๆ ลงในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. ท่านมีความเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถใช้ประเมินสุขภาพกาย จิตใจและรวมทั้งการเข้าสังคมของท่านได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ เพราะ ☐ ไม่แน่ใจ

เพราะ.....

.....

2. ท่านมีความเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถใช้ประเมินความรู้สึกของท่านที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่รวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ เพราะ ☐ ไม่แน่ใจ

เพราะ.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าแบบสอบถามนี้สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ เพราะ ☐ ไม่แน่ใจ

เพราะ.....

.....

.....

4. ท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อแบบสอบถามนี้อย่างไร กรุณาให้รายละเอียด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

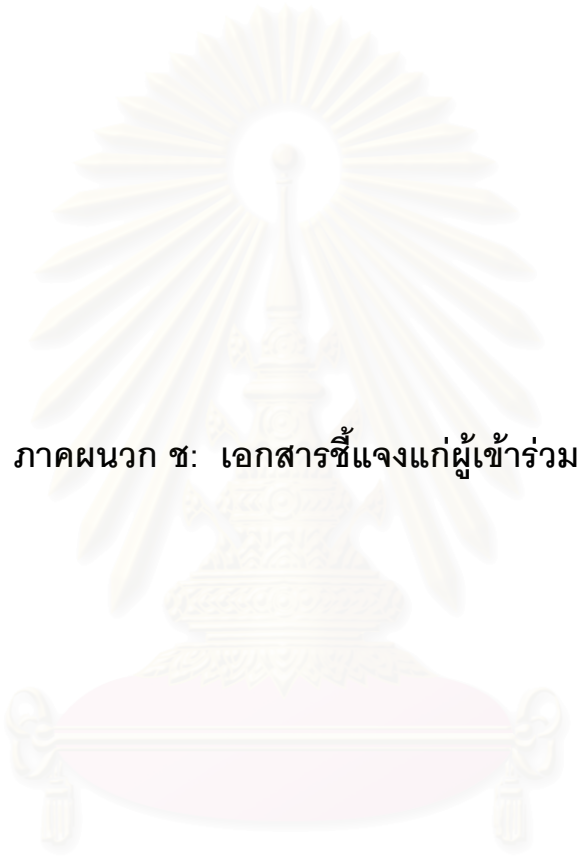
.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช: เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง : การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่
ผู้วิจัย : เภสัชกรหญิงฐิติพร นาคทวน
อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ : รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมโครงการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และครอบคลุมรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ :
ชีวิตความเป็นอยู่และความปกติสุขของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต การดำเนินกิจกรรมทางสังคม ความคิดเห็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่

สถานที่ดำเนินการวิจัย :
คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลรวมทั้งโรงพยาบาลต่างๆในส่วนภูมิภาค ร้านยา โรงงาน สถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการและเอกชนหรือบุคคลทั่วไปที่ยินยอมให้เก็บข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการวิจัย :

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้มีเชื้อชาติไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่หรือเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ โดยอาจใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องไม่ได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวช
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องไม่มีประวัติใช้สารเสพติดในปัจจุบันหรือก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมการวิจัย 1 ปี
5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์

วิธีการดำเนินการวิจัย :

การวิจัยนี้เป็นการสร้างและทดสอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงต้องการข้อมูลชีวิตความเป็นอยู่และความคิดเห็นต่อการดำรงชีวิตของท่านที่ได้ตอบในแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่มีความถูกต้องและเหมาะสมที่จะใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ต่อไป

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล :

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามให้ความยินยอม
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามท่านละ 1 ชุด พร้อมปากกา
3. ผู้เก็บข้อมูลจะเป็นผู้สอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่/สุขภาพ
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อคำถามในเครื่องมือด้วยตนเองหรือผู้เก็บข้อมูลอ่านให้ฟังถ้าไม่สามารถอ่านด้วยตนเอง
5. ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือที่ได้ตอบไป
6. มอบของที่ระลึกเป็นปากกา 1 ด้าม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ :

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความเป็นอยู่ของผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้นและสามารถวางแผนในการให้ความช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมทำให้โอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้

หมายเหตุ :

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัยเท่านั้นโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่ส่งผลถึงการบริการทางการแพทย์ที่ท่านจะได้รับจากสถานบริการ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดียิ่งมา ณ. ที่นี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ซ: หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง: การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัย: เภสัชกรหญิงฐิติพร นาคทวน

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ: รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมโครงการ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการศึกษาอย่างละเอียดและเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยโดยสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (ถ้ามี) ของข้าพเจ้า โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ และอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบสรุปผลการวิจัย

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใด ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่เภสัชกรหญิงฐิติพร นาคทวน นิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2188403

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....) (เภสัชกรหญิงฐิติพร นาคทวน)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

ภาคผนวก ณ: แบบบันทึกการติดตามการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการติดตามการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่

<u>คำชี้แจง</u>

แบบบันทึกการติดตามการให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่เป็นแบบบันทึกสำหรับบุคคลากรทางการแพทย์ใช้ในการติดตามผลการรักษาทางคลินิกในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แบบบันทึกนี้มี 6 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน

ตอนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่

ตอนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลการให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำ

ตอนที่ 5 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตอนที่ 6 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ตอบเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

ลำดับที่.....

HN.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

โรงพยาบาล.....

วิธีเก็บข้อมูล

❍ ตอบเอง

❍ สัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป

❖ **ชื่อ-สกุล**..... **อายุ**.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....**กก/ม**^{2} BP.....mmHg

❖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย

❖ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

☎ **โทรศัพท์** ที่บ้าน.....ที่ทำงาน.....มือถือ.....

❖ อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

❖ สิทธิในการรักษา ☐ เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสุขภาพ ☐ จ่ายเอง ☐ อื่นๆ.....

❖ **โรคประจำตัว** ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ หัวใจขาดเลือด ☐ เบาหวาน ☐ ลมชัก

☐ โรคหืด ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคไตวาย ☐ อื่นๆ ระบุ .....

❖ **ยาที่ใช้ประจำ** ....

❖ **ประวัติการแพ้ยา**.....**ประวัติการใช้สารเสพติด**.....

❖ การดื่มสุรา ☐ ดื่ม ระบุชนิด ปริมาณที่ดื่ม..... ระยะเวลา.....ปี ☐ ไม่ดื่ม

❖ การดื่มชา/กาแฟ ☐ ดื่ม ระบุจำนวน..... ถ้วย/วัน ☐ ไม่ดื่ม

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

❖ จำนวนบุหรี่ที่สูบ.....มวน/วัน เริ่มสูบบุหรี่อายุ.....ปี ระยะเวลาที่สูบถึงปัจจุบัน.....ปี

❖ ชนิดของบุหรี่ ☐ บุหรี่ในประเทศ ☐ บุหรี่ต่างประเทศ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

❖ สาเหตุในการสูบครั้งแรก ☐ ทดลองสูบ ☐ สูบตามเพื่อน ☐ ปัญหาครอบครัว/การงาน

☐ ความเครียด ☐ รู้สึกเหงา ☐ อื่นๆ ระบุ .....

❖ บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่.....จำนวน.....คน

❖ ท่านเคยลองเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย จำนวน.....ครั้ง

❖ ท่านเคยใช้วิธีใดในการเลิกสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เลิกสูบบุหรี่ทันที (หักดิบ)

☐ ค่อยๆลดลงจนเลิก ☐ รับคำปรึกษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ ☐ น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่

☐ ชาหญ้าดอกขาว ☐ หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน ☐ แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน

☐ ยาเม็ดชนิดรับประทาน (bupropion 150 mg) ☐ อื่นๆ ระบุ.....

❖ ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานที่สุดเท่าไร ☐ น้อยกว่า 1 วัน ☐ 1-7 วัน

☐ 1-4 สัปดาห์ ☐ 1-6 เดือน ☐ 6-12 เดือน ☐ มากกว่า 1 ปี

❖ สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่ใหม่.....

❖ สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้.....

แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุด

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

   ☐ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน) ☐ 11-20 มวน (1 คะแนน)

   ☐ 21-30 มวน (2 คะแนน) ☐ 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)

2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่

   ☐ ภายใน 5 นาทีหลังตื่น (3 คะแนน) ☐ 6-30 นาทีหลังตื่น (2 คะแนน)

   ☐ 31-60 นาที หลังตื่น (1 คะแนน) ☐ มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น (0 คะแนน)

3. คุณสูบบุหรี่จัดในชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

4. บุหรี่มวนไหนที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุดระหว่าง

   ☐ มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน) ☐ มวนอื่นๆ (0 คะแนน)

5. คุณรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจไหม ที่ต้องอยู่ในเขต "ปลอดบุหรี่" เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ห้องสมุด

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

6. คุณคิดว่าคุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล

   ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>หมายเหตุ</u>

0-2 = ระดับต่ำมาก 3-4 = ระดับต่ำ 5-6 = ระดับปานกลาง

7 = ระดับสูง 8-10 = ระดับสูงมาก

แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ลงใน □ เฉพาะหน้าข้อที่ตรงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของท่าน

□	■	ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
□	▲	บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร
□	●	ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
□	▲	ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมา
□	■	ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าฉันไม่ได้สูบมันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
□	●	การสูบบุหรี่เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
□	▲	ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบเช่น การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟแช็ค
□	■	ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
□	●	เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
□	▲	ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
□	●	ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
□	■	ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลียดังนั้นฉันจึงต้องสูบมันต่อไป
□	●	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ฉันตึงเครียด
□	▲	ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
□	■	เมื่อบุหรี่หมดมันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

คะแนนรวม ■ ..... ● ..... ▲ .....

ผลคะแนน นับจำนวนสัญลักษณ์ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือว่าเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้คนนั้นสูบบุหรี่

■ หมายถึง ภาวะเสพติดนิโคติน

● หมายถึง ภาวะเสพติดทางจิตใจ

▲ หมายถึง ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน

☺ **แบบบันทึกข้อมูลการให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำ**

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	ยาที่ได้รับ (ชื่อยา/วิธีใช้/จำนวน)	ปัญหาที่พบ		การให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำ	การประเมินผลในครั้งที่ผ่านมา	แผนการให้บริการในครั้งถัดไป	วันที่นัดรับยา/ติดตาม
			จากการเลิกบุหรี่	จากการใช้ยา				

วันที่หยุดสูบบุหรี่ (Quit date)

การติดตามผล ที่ 1 เดือน : ☐ เลิกสูบ ☐ กลับมาสูบเพราะ..... ที่ 3 เดือน : ☐ เลิกสูบ ☐ กลับมาสูบเพราะ.....

ที่ 6 เดือน : ☐ เลิกสูบ ☐ กลับมาสูบเพราะ..... ที่ 1 ปี : ☐ เลิกสูบ ☐ กลับมาสูบเพราะ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ (TSCQoL Instrument)

คำชี้แจง

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่สร้างขึ้น เพื่อประเมินผลกระทบจากการเลิกสูบบุหรี่ต่อความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งประเมินผลกระทบทางด้านลบที่เกิดจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เครื่องมือใช้สำหรับการประเมินความเป็นอยู่ของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถใช้ได้โดยไม่จำกัดวิธีการในการเลิกสูบบุหรี่ทั้งการเลิกด้วยตนเองหรือการรับคำแนะนำปรึกษาหรือใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือท่านให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่มีทั้งหมด 6 หน้า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อคำถาม (หน้าที่ 1-3)
- เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 24 ข้อคำถาม (หน้าที่ 4-6) ตอบเฉพาะผู้ที่กำลังใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามอย่างดียิ่งมา ณ. ที่นี้

วันที่ประเมิน.....

ชื่อ-นามสกุล.....HN……..

ภาวะของการสูบบุหรี่ ❍ สูบบุหรี่

❍ เลิกสูบบุหรี่.....สัปดาห์/เดือน

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง

คำถามเหล่านี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่และความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำถามเหล่านี้ *ไม่มี* คำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยวงกลม ❍ ล้อมรอบหมายเลขคำตอบตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ตัวอย่าง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เคยเลย**	**นานๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
ฉันไปเที่ยวทะเล	1	2	3	④	5

1. ข้อใดตรงกับความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตประจำวันของตัวท่าน **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา?**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เคยเลย**	**นานๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
(1) ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ยกของหนักๆ	1	2	3	4	5
(2) ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น	1	2	3	4	5
(3) ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	1	2	3	4	5
(4) เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก	1	2	3	4	5
(5) ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	1	2	3	4	5
(6) ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1	2	3	4	5
(7) ฉันรู้สึกโกรธง่าย	1	2	3	4	5
(8) ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย	1	2	3	4	5

โปรดพลิกหน้าถัดไป

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เคยเลย**	**นานๆครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
(9) ฉันรู้สึกเศร้าซึม	1	2	3	4	5
(10) ฉันรู้สึกตึงเครียด	1	2	3	4	5
(11) ฉันรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5
(12) ฉันรู้สึกเซ็งและเบื่อ	1	2	3	4	5
(13) ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5
(14) ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ	1	2	3	4	5
(15) ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบปะผู้คน	1	2	3	4	5
(16) ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรืองานสังสรรค์	1	2	3	4	5
(17) ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะ	1	2	3	4	5
(18) ฉันมีอาการอ่อนเพลีย	1	2	3	4	5
(19) ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5
(20) ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5
(21) ฉันรู้สึกหิวบุหรี่เป็นอันมาก	1	2	3	4	5
(22) ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดถึงการสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
(23) ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ	1	2	3	4	5
(24) ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เซ็ง และเบื่อ วิตกกังวล หรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**	1	2	3	4	5
(25) ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เซ็ง และเบื่อ วิตกกังวล หรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5

โปรดพลิกหน้าถัดไป

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

2. **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ **<u>มากน้อยเพียงใด ?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เลย**	**น้อย**	**ปาน กลาง**	**ค่อนข้าง มาก**	**มาก**
(26) ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่<u>ไม่</u>สำเร็จ	1	2	3	4	5
(27) ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
(28) ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1	2	3	4	5
(29) ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัว	1	2	3	4	5
(30) ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	1	2	3	4	5
(31) ฉันรู้สึกนับถือตนเอง	1	2	3	4	5
(32) ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง	1	2	3	4	5
(33) ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกใน**ครอบครัว**	1	2	3	4	5
(34) ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ**เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5
(35) ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เซ็ง และเบื่อ วิตกกังวล หรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆ ตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**ครอบครัว**	1	2	3	4	5
(36) ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เซ็ง และเบื่อ วิตกกังวล หรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆ ตามปกติที่ฉันทำร่วมกับ**เพื่อนฝูง**	1	2	3	4	5

โปรดพลิกหน้าถัดไป

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

คำชี้แจง

คำถามเหล่านี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา **(กรุณาตอบเฉพาะผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่)** คำถามเหล่านี้ *ไม่มี* คำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยวงกลม ❍ ล้อมรอบหมายเลขคำตอบตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ตัวอย่าง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
ฉันไปเที่ยวทะเล	1	2	3	④	5

1. **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
(1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(2) ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ	1	2	3	4	5
(3) ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน	1	2	3	4	5
(4) ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะยาที่ฉันใช้อยู่มีวิธีการใช้ยุ่งยาก	1	2	3	4	5
(5) ฉันกลัวว่าเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆแล้วจะเกิดการติดยา	1	2	3	4	5
(6) ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	1	2	3	4	5

โปรดพลิกหน้าถัดไป

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เลย**	**น้อย**	**ปานกลาง**	**ค่อนข้างมาก**	**มาก**
(7) ฉันรู้สึกว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง	1	2	3	4	5
(8) ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบได้ในอนาคต	1	2	3	4	5
(9) อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน	1	2	3	4	5

2. **<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>** ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ต่อไปนี้ **<u>บ่อยครั้งเพียงใด</u>** ?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เคยเลย**	**นานๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
(10) ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(11) ฉันมีอาการท้องผูกจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(12) ฉันรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(13) ฉันรู้สึกว่าใจสั่นหรือหัวใจเต้นแรงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(14) ฉันมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(15) ฉันมีอาการปวดแสบยอดอก(บริเวณลิ้นปี่)หรือไม่สบายท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(16) ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(17) ฉันนอนฝันร้ายตอนกลางคืนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
(18) ฉันมีอาการมึนงงหรือวิงเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5

โปรดพลิกหน้าถัดไป

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

3. **<u>คำถามข้อที่ (19) และ (20) ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน</u>**

<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> ท่านเกิดอาการข้างเคียงต่อไปนี้จากการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน **<u>มากน้อยเพียงใด ?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เลย**	**น้อย**	**ปานกลาง**	**ค่อนข้างมาก**	**มาก**
(19) ฉันเกิดผื่นแดง บวม และเจ็บบริเวณที่ปิดแผ่นยา	1	2	3	4	5
(20) ฉันรู้สึกคันหรือปวดแสบบริเวณที่ปิดแผ่นยา	1	2	3	4	5

4. **<u>คำถามข้อที่ (21) ถึง (24) ตอบเฉพาะผู้ที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน</u>**

<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> ท่านเกิดอาการข้างเคียงต่อไปนี้จากการใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน **<u>บ่อยครั้งเพียงใด?</u>**

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	**ไม่เคยเลย**	**นานๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**บ่อยๆ**	**ตลอดเวลา**
(21) ฉันรู้สึกปวดเมื่อยกรามจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
(22) ฉันมีอาการระคายคอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
(23) ฉันมีอาการสะอึกและเรอจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5
(24) ฉันเจ็บในช่องปากจากการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน	1	2	3	4	5

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่ ภญ.ฐิติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2188409, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

การคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิต

<u>เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (36 ข้อคำถาม)</u>

ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางบวก ได้แก่ข้อ (19) (20) (29) (30) (31) (32) (33) (34) คิดคะแนนดังนี้ 1 = 0 คะแนน, 2 = 25 คะแนน, 3 = 50 คะแนน, 4 = 75 คะแนน และ 5 = 100 คะแนน ตามลำดับ
ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางลบ ได้แก่ข้อ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (35) (36) ทำการปรับคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ 1 = 100 คะแนน, 2 = 75 คะแนน, 3 = 50 คะแนน, 4 = 25 คะแนน และ 5 = 0 คะแนน ตามลำดับ

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกการคิดคะแนนเป็น 4 ด้าน ด้านละ 100 คะแนน โดยคะแนนในแต่ละด้านคำนวณจากคะแนนรวมจากทุกข้อคำถามในด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ในด้านนั้น ในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังต่อไปนี้

1. ด้านความเป็นอยู่โดยทั่วไป (general well-being) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ คือ (1) ถึง (18)
2. ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ คือ (19), (20) และ (29) ถึง (34)
3. ด้านการควบคุมตนเอง (self-control) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ (21), (22), (23) และ (26)
4. ด้านปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ (24), (25), (27), (28), (35) และ (36)

<u>เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (24 ข้อคำถาม)</u>

ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางบวก ได้แก่ข้อ (6) (8) คิดคะแนนดังนี้ 1 = 0 คะแนน, 2 = 25 คะแนน, 3 = 50 คะแนน, 4 = 75 คะแนน และ 5 = 100 คะแนน ตามลำดับ
ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางลบ ได้แก่ข้อ (1) (2) (3) (4) (5) (7) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) ทำการปรับคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ 1 = 100 คะแนน, 2 = 75 คะแนน, 3 = 50 คะแนน, 4 = 25 คะแนน และ 5 = 0 คะแนน ตามลำดับ

คะแนนคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จำแนกการคิดคะแนนเป็น 2 ด้าน ด้านละ 100 คะแนน โดยคะแนนในแต่ละด้านคำนวณจากคะแนนรวมจากทุกข้อคำถามในด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ในด้านนั้น ในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังต่อไปนี้

ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมต่อการใช้ยา (psychosocial consequences) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ คือ (1) ถึง (8)

ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (negative consequences) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

- สำหรับผู้ที่ใช้ยาชนิดรับประทาน เช่น bupropion, nortriptyline หรือยาอื่นๆ การคิดคะแนนรวมในด้านนี้คิดจากข้อคำถาม 10 ข้อ คือ ข้อ (9) ถึง (18)
- สำหรับผู้ที่ใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน การคิดคะแนนรวมในด้านนี้คิดจากข้อคำถาม 12 ข้อ คือ ข้อ (9) ถึง (20)

- สำหรับผู้ที่ใช้หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน การคิดคะแนนรวมในด้านนี้คิดจากข้อคำถาม 14 ข้อ คือ ข้อ (9) ถึง (18) และ ข้อ (21) ถึง (24)
- สำหรับผู้ที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิดให้คิดรวมคะแนนจากข้อคำถามทุกข้อที่ครอบคลุมยาที่ใช้ทั้งหมด

ข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่ ผ่านการทดสอบการใช้ในผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือประเมินในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลาที่นานกว่านี้ นอกจากนี้เครื่องมือไม่ได้ทำการทดสอบในกลุ่มที่มีประวัติเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือใช้ยาเสพติด ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือประเมินในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เครื่องมือนี้ใช้สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไปจึงไม่สามารถนำไปใช้ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่านี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฐิติพร นาคทวน สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2541 รับราชการตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2542 จากนั้นย้ายมารับราชการที่โรงพยาบาลดอนพุด จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ.2543-2544 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา 2546

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย