

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นางสาวฉันทิยา คารมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PREDICTORS OF SHORT-TERM SMOKING CESSATION
AMONG PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

MISS NANTHIYA KAROM

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง

โดย

นางสาวฉันทิยา คารมย์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรินางษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรินางษ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต)

ฉันทิยา คารมย์ : ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(Predictors of Short-term Smoking Cessation among Patients with Chronic Diseases)
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, 128 หน้า

การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการควบคุมยาสูบ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป อาจทำให้อาการของโรคทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การศึกษาแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 150 คน ซึ่งรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะจิตใจโคติน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้าแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.83 ขึ้นไป และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .69-.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 47.30 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.03; 95%CI = 1.01-1.05) ความวิตกกังวล (OR = .86; 95%CI = .74-.99) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน (5-30นาทิจ) (OR = 4.38; 95%CI = 1.57-12.23) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (OR = 0.11; 95%CI = .02-.55)และการสนับสนุนทางสังคม (OR = 1.10, 95% CI = 1.01-1.20)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377565736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SHORT-TERM SMOKING CESSATION CHRONIC DISEASES

NANTHIYA KAROM : PREDICTORS OF SHORT-TERM SMOKING
 CESSATION AMONG PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES. ADVISOR
 :ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D.,128 pp.

Offering help to quit smoking is one of the important strategies in tobacco control and also a critical component in caring patients with chronic diseases. If these patients continue to smoke, they would have higher risks of death and disease complications. The purpose of this study was to determine the factors that predict short-term success in smoking cessation among patients with chronic diseases. One hundred and fifty patients being treated in medical units and receiving cessation counseling were purposively selected from three general hospitals. Research instruments were five self-reported questionnaires, consisting of the demographic and smoking data questionnaire, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), The ENRICHD Social Support Questionnaire, the perceived self-efficacy questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. All questionnaires have the content validity index values up to 0.83 and the Cronbach's alpha coefficient was .69 .93 .98 and .84 respectively. Data were analyzed using Pearson’s product moment correlation, Chi-square and Logistic regression analysis.

The results show that of 150 patients with chronic diseases, 71 (47.30%) reported no smoking over the past seven days at 2 months after hospital discharge. The significant predictors of short-term success in smoking cessation were the patients’ perceived self-efficacy (OR = 1.03; 95%CI = 1.01-1.05), anxiety (OR = .86; 95%CI = .74-.99), longer time to first cigarette after waking (5–30 min) (OR = 4.38; 95%CI = 1.57-12.23), number of cigarettes used per day (OR = 0.11; 95%CI = .02-.55), and social support (OR = 1.10; 95% CI = 1.01-1.20).

Field of Study :.....Nursing Science..... Student’s Signature

Academic Year :2012..... Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือตรวจสอบ ชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตา รวมทั้งคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นต่างๆ อีกทั้งยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลบางปะกอก ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยในอายุรกรรม คลินิกอดบุหรี่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานต่างๆ ของโรงพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณ ทุนอุคหฺนุวิทยานิพนธ์สำหรับนิติตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ขอขอบคุณหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสมุทรปราการ สำหรับกำลังใจ และความช่วยเหลือที่มีให้ต่อผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคน รวมทั้งนายแพทย์ธีรภัทร์ พุ่มพวง ที่คอยให้กำลังใจ เป็นแรงผลักดัน และให้การสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ปัญหาการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่	
ความหมายของโรคเรื้อรัง.....	14
สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	14
ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	15
การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่	
การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบ.....	18
การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	26
ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	27
การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่.....	29

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
การสนับสนุนทางสังคม.....	30
การเสพติคนิโคติน.....	33
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่.....	38
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่.....	38
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	40
แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557.....	42
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือ	
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และจดหมายขอพิจารณา	

	จริยธรรมการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ก	เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเอกสารรับรอง การพิจารณาจริยธรรม.....	110
ภาคผนวก ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

ณ

หน้า

ณ

หน้า

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	Modified Fagerstrom Test for Nicotine Dependence.....	37
2	แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมิน.....	57
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา งาน/อาชีพปัจจุบัน และรายได้.....	60
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่.....	62
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อคำถามการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น.....	63
6	ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ.....	65
7	แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก ภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้ากับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	66
8	แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ของสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มากกว่า 36 โรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง โรคหลอดเลือดปลายตีบแข็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่ป้องกัน หรือสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ (US Surgeon General Report, 2010) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ เช่น มะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน และไต ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Chiu, Lynch, Cerhan & Cantor, 2001)

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยอายุรกรรมที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.3-49.1 ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไป ที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 21 (Gregor & Borrelli, 2011) องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2553 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิต 36 ล้านคน จากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 48) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 21) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 12) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 3) ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 60 ปี) ถึง 9 ล้านคน การเสียชีวิตของทั้ง 4 โรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันคือ การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มสุรา ในปี ค.ศ. 2000 สำนักงานนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การเสพติดบุหรี่ เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การบำบัดรักษา โดยมีรหัส ICD-10 เป็น F17 และมีการคาดการณ์ว่า อาจมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มเป็น 8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2012) หากยังไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสม

ในประเทศไทย จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 5 หมื่นคนต่อปี โดยเฉลี่ย ผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (ปีที่มีสุขภาพดี) เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดความพิการ 6 แสนปี หรือร้อยละ 11.1 ของภาระโรคทั้งหมดในผู้ชาย และสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือร้อยละ 2.1 ของภาระโรคทั้งหมดในผู้หญิง ในจำนวนนี้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งปอดเป็นหลัก (ร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ) ภาระโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่าโรคมะเร็งปอดสูงสุดร้อยละ 75 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 50 จากการเปรียบเทียบกับภาระโรคในปี 2547 พบว่าแนวโน้มผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย แต่ภาระจากโรคยังคงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น

ผลจากการสูบบุหรี่ในอดีต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2554)

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมิกวันในปัจจุบัน ร้อยละ 24.0 หรือ 13 ล้านคน (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ, 2555) ในขณะที่เดียวกันผู้สูบบุหรี่แม้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้วก็ยังคงสูบบุหรี่ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2551-2552 ด้วยการตรวจร่างกาย โดยสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการสูบบุหรี่และโรคที่ไม่ควรสูบบุหรี่ อันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ายังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป อาจทำให้เกิดอาการของโรคทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่ยังสูบบุหรี่ ปอดจะเสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย หอบ และยังทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอด นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่นานๆ จะมีภาวะ hyperinsulinemia และภาวะดื้ออินซูลิน (Lee et al., 2002) ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เป็นสาเหตุให้ต้องตัดมือ ตัดเท้า (วิชัย เอกพลากร, 2553)

การสูบบุหรี่นอกจากเป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ทั้งต่อตัวผู้สูบเองและบุคคลรอบข้างแล้ว ยังทำให้สูญเสียรายได้ จากการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2546) พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับค่าบุหรี่ของประชาชนในกรุงเทพคิดเป็นเงินร้อยละ 15 ของรายได้ทั้งหมดในแต่ละเดือน และเมื่อเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยพบว่าในปี 2549 ผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 9,857 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และหากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่จะทำให้ภาระโรคจากการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 86 ในเพศชาย และร้อยละ 61 ในเพศหญิง (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2554)

โรคเหล่านี้มีภาระ/ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูง ส่งผลต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต จึงต้องเร่งรณรงค์เพื่อหลีกเลี่ยงและปรับจากพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในภาวะที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ด้วยนโยบายเชิงรุกโดยการสนับสนุนรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกต้องแก่ประชาชนในด้านต่างๆ เช่น ลด-เลิกเหล้า ลด-เลิกบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งลดภาวะเครียด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการควบคุมยาสูบและยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการเสื่อมของ

สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Wu & Sin, 2011) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่หยุดสูบบุหรี่จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี และความเสี่ยงลดลงอย่างต่อเนื่อง หากเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด จนกระทั่งเวลาผ่านไป 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนในผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันลงอย่างมาก (Bolman, 2002; Chouinard, 2005) เป็นต้น

ประเทศไทยในฐานะภาคีสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบเป็นหนึ่งในแปดยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และครอบครัวในคลินิกต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวัน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) ทั้งนี้ช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป (Miller et al., 1997) การรักษาโรคติดบุหรี่และการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่หรือเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ต้องพิจารณาปัจจัยหลายประการ เพื่อจะได้ให้บริการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ (World Health Organization, 2011) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่จึงมีความสำคัญ ซึ่งนอกจากจะนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการ/โปรแกรมช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แล้ว บุคลากรวิชาชีพสุขภาพยังสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าววางแผนให้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (Caponnetto & Polosa, 2008)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Fiore, Jaen, Baker, et al. (2008: 101) พบว่าการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ก็จะมีผู้สูบบุหรี่อีกส่วนหนึ่งที่มีอาการถอนนิโคตินมากภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ และกลับมาสูบบุหรี่ภายใน 1 สัปดาห์หลังหยุดสูบบุหรี่ และในระยะติดตาม 6-12 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 3-5 เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Hughes, Keeley & Naud, 2004) ผู้สูบบุหรี่บางกลุ่มอาจจะต้องใช้การรักษาทางยาร่วมด้วย เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน อย่างไรก็ตามยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ยังมีราคาแพง และอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง หรือมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม เช่น หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มียาต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อห้ามในการใช้ยาบางชนิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะการบีบตัวของกล้ามเนื้อ

หัวใจแรงขึ้น และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Joseph et al., 2003) มีการศึกษาพบว่า การให้ยาช่วยให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วย acute coronary syndrome

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าได้มีการศึกษาวิจัยงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่จำนวนหนึ่ง เช่น การศึกษาผลของการนัดคอดจุดสะท้อนร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (พัชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551) การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม (จิราภรณ์ เนียมกฤษ, 2548) พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสิทธิผลของ Intervention ในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวไม่ได้มุ่งวัดผลลัพธ์ที่การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น และถึงแม้ว่าจะมีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายในช่วงสัปดาห์แรก หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Berndt et al., 2012)

ในประเทศไทย ได้เริ่มมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกสูบบุหรี่ยังมีไม่มากนัก อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่มีการศึกษาจำนวนหนึ่งในกลุ่มประชากรทั่วไป เช่น Jetiyanuwatr (2001) รายงานว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ความตั้งใจในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ การลดหรือเลิกสูบบุหรี่อย่างฉับพลัน และไม่มี ความเครียด ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ การติดสุรา (Caponnetto & Polosa, 2008) ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Auguston, Wanke, Rogers, Bergen, Chatterjee, Synder, Albanes, Taylor, & Caporaso, 2008; McClave, Dube, Strine, Kroenke, Caraballo, & Mokdad, 2009) ภาวะติดนิโคติน (John, Meyer, Hapke, Rumpf, & Schumann, 2004) นอกจากนี้ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มวนแรกหลังตื่นนอน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการรับรู้ความเครียดเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้คนผิวดำเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Berg et al., 2010) มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาปัจจัยการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น ฐานะยากจน (Schiller & Ni, 2006) และภาวะติดนิโคติน (Christenhusz, Pieterse, Seydel, & Palen, 2007) เป็นปัจจัยการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ การ

สนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคประจำตัว ภาวะติดนิโคติน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยทำนายในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (McKenna & Higgins, 1997; Wiggers Oort, Dijkstra, de Haes, Legemate, & Smets, 2005) ดังนี้

เพศ จากการศึกษาของ Ferguson et al. (2003) พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ โดยเพศชายมีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าเพศหญิง แต่ในบางงานวิจัยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าเพศชาย (Haug et al., 2010; สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2550)

อายุ จากการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) รายงานว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่วนในกลุ่มประชากรทั่วไป ผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี และวัยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 1.77 และ 4.03 เท่าของวัยรุ่น (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2550)

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ (2550) รายงานว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ ของประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด 1.63 เท่า

การเป็นโรคที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Lando et al. (2003) ในการติดตามผู้สูบบุหรี่ที่เคยเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2,350 คน จากโรงพยาบาล 4 แห่งในระยะเวลา 1 ปี พบว่าปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ 1,477 คน คือ การเป็นโรคที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ คิดเป็น 1.68 เท่า

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Helgason et al. (2004) พบว่าในผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดน ที่ได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline เป็นเวลา 1 ปี การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/สังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 3.1 เท่า และจากการสัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่เพศชายจำนวน 201 คน ของ Yang et al. (2006) เกี่ยวกับทัศนคติในการเลิกบุหรี่และสาเหตุที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 29.9

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จากการศึกษาแบบทดลองของ Myung et al. (2007) พบว่าผู้สูบบุหรี่เพศชาย อายุ 20-55 ปี ในบริษัท Kyobo Life Insurance จำนวน 118 คน กลุ่มทดลองได้รับนิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ Placebo โดยมีการติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 11-15 มวนต่อวัน และ ≥ 16 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จน้อยกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 และ 0.19 เท่า

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จากการศึกษาของ Lando et al. (2003) ในการติดตามผู้สูบบุหรี่ที่เคยเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2,350 คน จากโรงพยาบาล 4 แห่งในระยะเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที มีแนวโน้มจะเลิกสูบได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน 5 นาที คิดเป็น 2.38 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Foulds et al. (2006) ที่ติดตามผู้สูบบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ที่ระยะ 1 และ 6 เดือน พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน >30 เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.88 เท่า และจากการศึกษาของ Boutou et al. (2008) พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน >30 นาที ในผู้ป่วยชาวกรีกที่มารักษาในคลินิกอดบุหรี่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน นับตั้งแต่วันเลิกสูบ คิดเป็น 2.78 เท่า

จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ จากการศึกษาของ สรพงษ์ เจริญกุลฤตยาวุฒิ (2550) พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกบุหรี่เพียงครั้งเดียวจากการติดตามประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการสูบบุหรี่และมีความพยายามที่เลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งและมีระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่า 12 เดือน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 2.76 เท่าของผู้ที่มีความพยายามเลิกบุหรี่ 2 ครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกบุหรี่ 1 หรือ 2 ครั้ง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 6 เดือนหรือมากกว่า มีโอกาสเลิกสูบได้สำเร็จเป็น 2.99 เท่าของผู้ที่พยายามเลิกมากกว่า 2 ครั้ง และจากการศึกษาของ Lee and Kahende (2007) พบว่าความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ที่มากกว่า 1 ครั้ง มีอิทธิพลในทางลบต่อการเลิกสูบบุหรี่ ในประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมใน the US 2000 National Health Interview Survey ที่ไม่ได้สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 7-24 เดือน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ MacKenzie et al. (2004) พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ ของผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 9.8 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2009) พบว่าจากการติดตามผู้สูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ใน Guangzhou, China และติดตามผลจนถึง 6 เดือน พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบได้ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.39 เท่า และ จากการการศึกษาของ Ong et al. (2005) พบว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ทันทีของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 เดือนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 7.19 เท่าของผู้ที่ลดจำนวนการสูบบุหรี่

ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) พบว่าการไม่มีภาวะเครียดในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 6 เดือนหรือมากกว่า เป็น

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.21 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Helgason et al. (2004) กล่าวว่า การไม่มีภาวะเครียด/ความรู้สึกซึมเศร้า เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ 2.7 เท่าของผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดน ที่ได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline เป็นเวลา 1 ปี และจากการศึกษาของ Caponnetto & Polosa (2008) พบว่าความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นับเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ส่วนมากเป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป เช่น การศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Jetiyanuwatr, 2001) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ ได้แก่ ความตั้งใจในการพยายามเลิกบุหรี่ จำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ การลดหรือเลิกสูบอย่างฉับพลันและไม่มีภาวะเครียด ส่วนการศึกษาในข้าราชการกองทัพเรือ พบว่า ระยะเวลาในการเลิกสูบ การสนับสนุนจากครอบครัว และกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการเลิกสูบเป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ที่มีนัยสำคัญ เป็นต้น (Sineenuch Siriwong, 2011) แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อช่วยรักษาโรคติดบุหรี่อย่างกว้างขวาง อาทิ มีการสนับสนุนการบริการเลิกบุหรี่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ และผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ได้รับบริการบำบัดรักษาตามแนวทางการดูแลบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ และเป็นการป้องกันและบรรเทาอาการรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้หลัก 5A คือ ถาม/ซักประวัติ (Ask) แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) ประเมิน (Assess) ช่วยเหลือ (Assist) และการติดตาม (Arrange) และ 3P คือ การป้องกันมิให้มีการเริ่มสูบบุหรี่ (Prevent new users) การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (Prevent relapse) และการสร้างแรงจูงใจ (Prevent motivation) อย่างไรก็ตาม ลักษณะงานที่พยาบาลปฏิบัติในแต่ละสถานที่และการมีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้พยาบาลในแต่ละแห่งใช้ 5A และ 3P ในระดับที่ต่างกัน (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) อีกทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นสิ่งจำเป็น แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคาดว่า ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วย
 โรคเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน
 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วย
 โรคเรื้อรัง

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้หรือไม่ อย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก
 ภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และ
 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่
 อย่างไร
3. การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก
 ภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และ
 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่
 อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการจากการทบทวนงานวิจัยในอดีตที่
 เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยพบว่า ปัจจัย
 ทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่
 การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบ
 บุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนและจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา
 และจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะเครียด/ซึมเศร้า (สุนิดา ปรีชาวงษ์,
 2553) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ที่มีนัยสำคัญทางบวก พบว่าการให้
 คำแนะนำและการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่โดยแพทย์และพยาบาลช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบ
 บุหรี่ได้(Lancaster, Stead, Silagy, & Sowden, 2000) ในทำนองเดียวกัน การสนับสนุนจาก
 ครอบครัว/สังคมเป็นปัจจัยทำนายซึ่งทำให้ผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดนซึ่งได้รับคำปรึกษาจาก Swedish

Quitline มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มเป็น 3.1 เท่า (Helgason et al., 2004) จากการสำรวจงานวิจัยของ National Health Interview Survey (2005) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 25 ขณะที่วิธีอื่นๆ เช่น การติดแผ่นนิโคติน การใช้ยาหรือการอ่านหนังสือ/คู่มือ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 15 ศรีนัย กอสนาน (2546) พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า และอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำน้อยกว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ Berndt et al. (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่ามีมากน้อยเพียงใด พบว่าการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนชนิดแผ่นแปะผิวหนังในสาธารณรัฐเกาหลี กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ 11-15 มวนต่อวัน และ ≥ 16 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่ากลุ่มที่สูบต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 และ 0.19 เท่า ตามลำดับ (Myung et al., 2007) เช่นเดียวกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนมีรายงานว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน 5 นาที คิดเป็น 2.38 เท่า (Lando et al., 2003) ในขณะเดียวกัน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ที่มีนัยสำคัญ แต่ผลการวิจัยยังไม่สอดคล้องกัน จากการศึกษาของสรรพงษ์ เจริญฤทธิยาวุฒิ (2550) พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกสูบเพียงครั้งเดียวมีโอกาสเลิกสูบได้สำเร็จเป็น 2.76 เท่าของผู้ที่มีความพยายามเลิกสูบ 2 ครั้งขึ้นไป แต่การศึกษาของ ศรีชญา บุญจันทร์ (2550) รายงานว่าปัจจัยทำนายที่เพิ่มโอกาสการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว 1 ครั้ง (odds ratio = 2.97, 95% CI = 1.38 - 6.39) และตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (odds ratio = 3.19, 95% CI = 1.18-8.56)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบได้ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบได้ ดังนั้นหากผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจ มุ่งมั่น และให้ความร่วมมือกับการบำบัดแล้ว จะประสบความสำเร็จมากขึ้นในการเลิกบุหรี่ แต่หากผู้สูบบุหรี่ยังลังเลหรือไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่จะลดลง จากการศึกษาการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามไปอย่างน้อย 6 เดือน พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 9.8 เท่า (MacKenzie et al., 2004) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Berndt et al. (2012) Zhu et al. (2009) และ Ong et al. (2005)

ความเครียดและความรู้สึกซึมเศร้า มักจะถูกใช้เป็นข้ออ้างถึงเหตุผลในการสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าสู่สมองภายใน เวลา 6-10 วินาที ขึ้นอยู่

กับวิธีสูดควัน ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกอ่อนคลา ยหลายคนจึงสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการหงุดหงิด และเครียดในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอ เพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาแบบ Case-control ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุเช่นเดียวกันว่า การไม่มีภาวะเครียดเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (OR = 2.21; 95% CI 1.11 - 1.42) (Jetiyanuwatr, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Helgason et al. (2004) พบว่า การไม่มีภาวะเครียด/ความรู้สึกซึมเศร้า เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 2.7 เท่า

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่สูบบุหรี่แรกภายหลังตื่นนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีคลินิกอดบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่จากเจ้าหน้าที่คลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลทั่วไป

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นหลายโรคก็ได้ ดังนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันก่อนวันประเมินผล ที่ระยะเวลาติดตามสองเดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยประเมินจากคำถามว่า “ 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องกันหรือไม่ ”

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์ อยู่กับเพื่อนสนิทและครอบครัว เมื่อเกิดความเคยชินและความอยากสูบ เช่น หลังตื่นนอนตอนเช้า โดยประเมินจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพัฒนาโดยจิราภรณ์ เนียมกฤษกร (2548)

ความวิตกกังวล หมายถึง อาการกังวล ที่แสดงออกทางกายต่างๆ เช่น ปวดตึงกล้ามเนื้อ ปั่นป่วนในท้อง หรือแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด เช่น เครียด มีความรู้สึกกลัวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น วิตกกังวล กระสับกระส่าย ผวา หรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน โดยประเมินจากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุคร พิศาลสุทธิเดช (2539)

ความซึมเศร้า หมายถึง อาการแสดงทางอารมณ์ เช่น เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข แสดงออกทางความคิด เช่น คิดช้าลงกว่าเดิม และแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ เช่น ปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง อาการดังกล่าว เป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากการใช้ชีวิตประจำวันเดิมของผู้ป่วย โดยประเมินจากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว บุคคลใกล้เคียง เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน แฟน และบุคคลอื่นในสังคม ทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยประเมินจากแบบสอบถาม The ENRICH Social Support Question

naire (Steger, Mann, Michels, & Cooper., 2009)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับปรุงและวางแผนการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในฐานะกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์รูปแบบหรือแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ในงานวิจัยต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่
 - 1.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง
 - 1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่
 - 2.1 การบำบัดรักษาโรคเสพติดยาสูบ
 - 2.2 การบำบัดรักษาโรคเสพติดยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 2.3 ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การเลิกสูบบุหรี่
 - 3.1 ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่
 - 3.2 การประเมินการเลิกสูบบุหรี่
 - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3.2 การเสพติดนิโคติน
 - 3.3.3 จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่
 - 3.3.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่
 - 3.3.5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า
4. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่

1.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง

ตามนิยามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้มี 2 นิยาม คือ

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาฟักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย และรักษาไม่หาย

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนี้ยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนแล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไป ให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

โรคเรื้อรัง หมายถึงโรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่อง หรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ และการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2546)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของโรคเรื้อรังว่า หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่ต้องรักษาและติดตามดูแลในระยะยาว ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง เป็นต้น

1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยอายุรกรรมที่ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 29.3-49.1 ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไป ที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 21 (Gregor & Borrelli, 2011) สำหรับประเทศไทย การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการคาดการณ์ว่า หากไม่มีการดำเนินการควบคุมยาสูบที่เหมาะสม จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ใน ค.ศ.2030 (WHO, 2012)

ในประเทศไทย รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมิกวันในปัจจุบัน ร้อยละ 24.0 หรือ 13 ล้านคน (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ 2555) ใน

ขณะเดียวกันผู้สูบบุหรี่แม้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้วก็ยังคงสูบบุหรี่ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2551-2552 ด้วยการตรวจร่างกาย โดยสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการสูบบุหรี่และโรคที่ไม่ควรสูบบุหรี่ อันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ายังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป อาจทำให้เกิดอาการของโรคทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

จากรายงานของสถิกร พงศ์พานิช (2550) ซึ่งให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งทั้ง 3 โรค ปี พ.ศ. 2546 สูงถึง 46,000 ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยวันละ 126 ล้านบาท ขณะที่รายรับจากภาษีและกำไรโรงงานยาสูบปีละ 41,000 ล้านบาท เท่ากับวันละ 112 ล้านบาท ทั้งนี้ การวิจัยได้ประเมินค่าใช้จ่ายทั้ง 3 โรค ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2550 และรายรับของรัฐที่ได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2550 พบว่าแนวโน้มค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกปีและสูงกว่ารายรับการจัดเก็บภาษีบุหรี่ในทุกๆ ปี

ประเทศไทยในฐานะภาคีสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบเป็นหนึ่งในแปดยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555)

1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงและอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยปกติภายในปอดจะประกอบไปด้วยถุงลมเล็กๆ มากมาย ผู้ใหญ่ปกติจะมีพื้นผิวของถุงลมในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนกว้าง 100 ตารางหลาหรือขนาดเท่ากับ 1 สนามฟุตบอล เพื่อทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เรียกว่า ฟอกเลือด คนสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 10 เท่า เมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2552) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆ เสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับควันบุหรี่สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและถุงลมให้อีกเสบและฉีกขาดทีละน้อย และรวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดน้อยลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรค จะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่และต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของคนที่เสียชีวิตด้วยโรคถุงลมโป่งพอง มี

สาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้าย จะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552)

ความเสี่ยงของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในผู้ที่สูบบุหรี่ยังขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ทั้งหมดที่สูบบุหรี่ต่อปี และสถานะของการสูบบุหรี่ว่ายังสูบบุหรี่อยู่อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Lokke et al. (2006) ซึ่งติดตามอาการเป็นระยะเวลา 25 ปี แสดงให้เห็นว่า อุบัติการณ์การเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระยะ ของผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องนั้น มีมากถึงร้อยละ 35.5 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย พบอุบัติการณ์การเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพียงร้อยละ 7.8 ถ้าเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะที่ 2 การสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเพิ่มความเสี่ยง 6.3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Pelkonen et al. (2006) ที่ติดตามสมรรถภาพปอดเป็นระยะเวลา 30 ปี พบว่า อุบัติการณ์สะสมของการเป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมีมากถึงร้อยละ 42 และ 32 ตามลำดับเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบอุบัติการณ์สะสมเพียงร้อยละ 26 และ 14 ตามลำดับ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และรณชัย คงสกนธ์, 2552)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การสูบบุหรี่เป็นตัวเร่งสำคัญของการเกิดโรคแทรกต่างๆ ในคนที่เบาหวาน ตั้งแต่โรคหัวใจ ไตเสื่อม สมอเสื่อม และเบาหวานขึ้นตา เพิ่มโอกาสที่จะต้องถูกตัดขาจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ควบคุมเบาหวานได้ยากขึ้น สาเหตุจากนิโคตินและสารพิษอื่นๆ ในควันบุหรี่ที่ขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินในร่างกาย นอกจากนั้นสารนิโคตินยังทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง ซึ่งหมายถึงหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานที่ยังสูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากหัวใจวายกะทันหัน และความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้เม็ดเลือดเกาะติดกันและเกาะติดกับผนังเส้นเลือดง่ายขึ้น ทำให้ไขมันมาเกาะที่เส้นเลือดทำให้รูเส้นเลือดตีบลงและอุดตันได้ ซึ่งการอุดตันของเส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและเนื้อสมองขาดเลือด และเซลล์ตาย เกิดหัวใจวายหรือเป็นอัมพาต และการสูบบุหรี่มีผลต่อปลายประสาททำให้ปลายประสาททั่วร่างกายเสื่อมเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการชาตามต่างๆ ทำให้เป็นแผลเบาหวานที่เท้าง่ายขึ้นและแผลหายยาก เพิ่มโอกาสในการถูกตัดขา เกิดความเสียหายของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้การทำงานของไตเสียไป รวมทั้งทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลงอีกด้วย (มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และความผิดปกติของไขมันในเลือด อันเป็นผลจากสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท เลือดมีความเข้มข้น มีความหนืดมากขึ้น ซิฟเจอร์เด่นเร็วขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง เกิดลิ่มเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น เกิดการอักเสบของผนังเส้นเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลงซึ่งทำให้เส้นเลือดเสื่อมเร็วขึ้น ตีบตันเร็วขึ้น จนเกิดโรคหัวใจ สมองเสื่อม และไววายเร็วขึ้น 2-3 เท่ากว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง การสูบบุหรี่ทำให้อัตราเสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น 2 เท่า (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2552) ผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาที่ชี้ชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดสมองของ Shinton and Beevers (1989) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดเป็น 1-5 เท่า เทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Subarachnoid hemorrhage 2.9 เท่า Cerebral infarction 1.9 เท่า และ Intraparenchymal hemorrhage 0.7 เท่า (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะสารนิโคตินจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจวาย ร้อยละ 80 ของผู้ที่หัวใจวายก่อนอายุ 50 ปี เป็นผลจากการสูบบุหรี่ ความถี่ของการเกิดหัวใจวายของผู้ที่สูบบุหรี่เกิดขึ้นร้อยละ 80 ในผู้สูบบุหรี่ที่อายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 60 ในผู้สูบบุหรี่ที่อายุระหว่าง 50-59 ปี องค์การอนามัยโลก ระบุว่า ร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ และผู้หญิงสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและโรกระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2552)

จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งปอด ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็น

ทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ 8 เท่าของคนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า โดยเฉลี่ยการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 10-15 ปี (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552)

นอกจากนี้ Suskin et al. (2001) นักวิจัยในแคนาดาได้สำรวจอุบัติการณ์การเสียชีวิต การเข้าอยู่ในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้นในคนสูบบุหรี่กับคนที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้วไม่เกินสองปี และเปรียบเทียบคนที่เลิกสูบบุหรี่นานกว่าสองปีขึ้นไปกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจด้านล่างซ้ายเสียชีวิต พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยบ่งชี้สำคัญในการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจล้มเหลว และหัวใจขาดเลือด และอัตราการตายจากหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงาน การหยุดสูบบุหรี่ภายในสองปี จะลดอัตราการเกิดซ้ำและอัตราการตายของผู้ป่วยหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงานลงได้

2. การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่

ปัจจุบันการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ได้ มีหลายรูปแบบ ซึ่งกระบวนการของการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแตกต่างกันไป (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) โดยแบ่งกระบวนการบำบัดหลักได้ดังนี้

2.1 การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบ

การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบมี 2 วิธี คือ การบำบัดโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment) และการบำบัดโดยไม่ให้ยา (Non-Pharmacological Treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550)

2.1.1 การบำบัดโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment)

การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ วิธีนี้จะช่วยลดความทรมานจากอาการถอนนิโคตินเท่านั้น การให้ยาเพียงอย่างเดียวช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี (U.S. Department of health and human services, 2000)

เนื่องจากมีหลักฐานทางการแพทย์ชัดเจนว่าการให้ยาช่วยเลิกบุหรือนั้นเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้ สำเร็จในระยะยาวได้ เกือบทุกองค์กรทั้งในและต่างประเทศ จึงแนะนำให้พิจารณาให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นในสตรีตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร วัยรุ่น ผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และผู้ที่มีข้อห้ามทางการแพทย์อื่นๆ โดยทั่วไปเราสามารถแบ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาหลัก (first-line drug) และสำรอง (second-line drugs) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553)

1) นิโคตินทดแทน

การให้สารนิโคตินทดแทนเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันมีอยู่ทั้งสิ้น 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดแผ่นแปะ (nicotine patch) หมากฝรั่ง (nicotine gum) สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray) หลอดสูดทางปาก (nicotine oral inhaler) เม็ดอม (nicotine lozenge) และยาอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ในที่นี้จะขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะชนิดแผ่นแปะและหมากฝรั่งเท่านั้น เนื่องจากเป็นชนิดที่มีใช้กันอยู่ในประเทศไทย ซึ่งแต่ละชนิดมีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน โดยแบบแผ่นแปะจะออกฤทธิ์ได้ช้าเนื่องจากต้องอาศัยการดูดซึมผ่านทางผิวหนัง ในขณะที่หมากฝรั่งจะดูดซึมได้ดีและออกฤทธิ์ได้รวดเร็วกว่า อย่างไรก็ตามแม้ยาจะออกฤทธิ์ได้เร็วเพียงใด ก็ยังไม่สามารถเทียบเคียงกับการสูบบุหรี่จริงๆ ได้ จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่นั้นจะทำให้ระดับนิโคตินในเลือดสูงขึ้นภายในเวลาไม่ถึง 5 นาที ในขณะที่สารนิโคตินทดแทนต่างๆ เช่น หมากฝรั่ง ต้องใช้เวลาถึง 15-20 นาทีเป็นอย่างน้อยจึงจะสามารถเพิ่มระดับของนิโคตินในเลือดได้ นอกจากนี้ระดับของนิโคตินที่เพิ่มขึ้นก็ไม่ได้สูงเทียบเท่ากับระดับที่ได้จากการสูบบุหรี่เลย ดังนั้นสารนิโคตินทดแทนเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ให้ผลการรักษาใกล้เคียงกัน คือช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จประมาณร้อยละ 20-25 เท่านั้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับ การเลิกโดยไม่ใช้ยาแล้ว ซึ่งมีโอกาสสำเร็จเพียงร้อยละ 3-10 เท่านั้น สารนิโคตินทดแทนจึงยังนับว่าเป็นเครื่องมือที่ดีในการช่วยเลิกบุหรี่ได้

สารนิโคตินทดแทนมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ (FDA class D) หรือกำลังให้นมบุตร ส่วนในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เพิ่งมี unstable angina หรือ acute myocardial infarction ภายใน 2 สัปดาห์ก็แนะนำให้หลีกเลี่ยงจนกว่าจะมีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าปลอดภัย

แผ่นแปะนิโคติน (Nicotine Patch) แผ่นแปะนิโคตินที่มีจำหน่ายอยู่ในประเทศไทยมีหลายขนาด ควรเลือกใช้ขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากจำนวนของบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ในแต่ละวัน โดยหากสูบบุหรี่วันละ 20 มวนขึ้นไปให้เริ่มต้นด้วยแผ่นแปะขนาด 21 มิลลิกรัม/วัน แต่หากสูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวันให้ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม/วันโดยให้ใช้ติดต่อกันทุกวันๆละ 1 แผ่นเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จากนั้นให้ลดขนาดลงเป็น 14 มิลลิกรัม/วันและ 7 มิลลิกรัม/วัน ทุก 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะต้องเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาดเมื่อเริ่มใช้ยา ผู้ใช้จะต้องแปะนิโคตินชนิดนี้ลงบนผิวหนังบริเวณที่สะอาดและไม่มีขน ยาจึงจะดูดซึมได้ดี เช่น บริเวณหัวไหล่ เอว หน้าท้อง เมื่อแปะแล้วระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มถึงจุดสูงสุดภายใน 4-9 ชั่วโมง ระดับนิโคตินที่ได้จะค่อนข้างคงที่ตลอด บ่อยครั้งจึงไม่สามารถบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆได้

สำหรับผลแทรกซ้อนนั้น ที่พบได้บ่อยได้แก่ ผื่นแพ้และผิวหนังอักเสบเฉพาะที่ ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 50 แต่ส่วนใหญ่จะเป็นไม่มากและหายเองได้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีอาการรุนแรง จนกระทั่งต้องหยุดยา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสลับตำแหน่งที่แปะแผ่นยา ไม่ให้แปะบริเวณเดียวกันซ้ำๆ ยาชนิดนี้ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีโรคทางผิวหนังที่รุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ เช่น eczema, psoriasis เป็นต้น

หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum) นิโคตินทดแทนชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าชนิดแผ่นแปะ โดยจะเพิ่มถึงระดับสูงสุดได้ภายใน 30 นาทีหลังจากเคี้ยวหมากฝรั่งเม็ดแรก ในประเทศไทยมี 2 ขนาดได้แก่ 2 และ 4 มิลลิกรัม ควรเลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยหากผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 มวนก็ให้เริ่มต้นด้วยขนาด 4 มิลลิกรัม แต่หากสูบน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ให้เริ่มต้นด้วยขนาด 2 มิลลิกรัม แล้วเคี้ยวอย่างน้อย 1 ซึ้นทุก 1-2 ชั่วโมง (ไม่เกิน 24 ซึ้นต่อวัน) เฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์แรก จากนั้นให้ลดลงเป็น 1 ซึ้นทุก 2-4 ชั่วโมงต่อไปอีก 3 สัปดาห์ แล้วจึงลดเป็น 1 ซึ้นทุก 4-8 ชั่วโมงเป็นเวลาอีก 3 สัปดาห์แล้วจึงหยุดได้ นอกจากนี้แพทย์จะต้องสอนเทคนิคการเคี้ยวหมากฝรั่งอย่างถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยด้วยที่เรียกว่า *chewed & parked technique* โดยขั้นแรกให้ เริ่มต้นเคี้ยวอย่างช้าๆ จนกระทั่งได้รสเผ็ดแล้วให้หยุดเคี้ยว ดันหมากฝรั่งเก็บไว้ที่กระพุ้งแก้มจนกระทั่งรสเผ็ดหมดไปจึงใช้ลิ้นตัวออกมาแล้วเริ่มเคี้ยวอีก แนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งชิ้นละประมาณ 1/2-1 ชั่วโมงและให้งดเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง เช่น น้ำอัดลม กาแฟ น้ำผลไม้ อย่างน้อย 15 นาทีก่อนและระหว่างเคี้ยวหมากฝรั่ง

2) ยาที่ช่วยลดอาการถอนนิโคติน

2.1) Bupropion เป็นยาเม็ดรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้โดยไม่มีส่วนประกอบของนิโคตินอยู่เลย วิธีใช้แตกต่างจากการให้นิโคตินทดแทนดังกล่าวมาแล้วข้างต้นกล่าวคือ แพทย์จะต้องให้ผู้ป่วยกำหนดวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตน (target quit date) ให้ชัดเจนก่อนแล้วจึงเริ่มยานี้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดนั้น ขนาดของยาที่ใช้ให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งตอนเช้า ใน 3 วันแรก หลังจากนั้นให้เพิ่มขนาดเป็น 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 3-6 เดือน จำไว้ว่าผู้ป่วยจะต้องทำการหยุดบุหรี่โดยเด็ดขาดตั้งแต่วันที่ 8 หลังเริ่มยา จึงจะได้ผลดี

ยานี้อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จไม่แตกต่างจากการใช้สารนิโคตินทดแทนนัก กล่าวคือช่วยเลิกบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 20-25 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (พบได้ราวร้อยละ 35-40) ปากและคอแห้ง (ร้อยละ 10-71) ท้องผูก (ร้อยละ 9) คลื่นไส้ (ร้อยละ 6) และอาการชัก (ร้อยละ 0.1) หากผู้ป่วยมีปัญหาอนอนไม่หลับจากการใช้ยานี้ อาจแนะนำให้ให้เลื่อนเวลารับประทานยามือเย็นขึ้นมาเป็นตอนบ่ายแทน แต่ก็ต้องให้ห่างจากยามือเช้าอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

ด้วย ยานี้ห้ามใช้ในผู้ที่มิประวัติชักหรือเป็นโรคลมชักมาก่อน หรือมีประวัติ eating disorders หรือได้ใช้ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOI) ภายในช่วง 2 สัปดาห์ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหากไม่จำเป็น

2.2) Varenicline ยานี้มีจุดเด่นโดยเป็นทั้ง partial agonist และ antagonist ต่อ nicotinic acetylcholine receptor ชนิด alpha-4, beta-2 ซึ่งเป็น receptors ที่จะคอยจับกับนิโคติน แล้วกระตุ้นสมองส่วน ventral tegmental area ให้หลั่งสาร dopamine ออกมาส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากบุหรี่และเสพติด แต่เมื่อให้ยา varenicline เข้าไป ยาจะจับกับ receptors เหล่านี้แทนนิโคตินและเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกับที่ได้รับสารนิโคตินเข้าไปโดยที่ไม่เกิดการเสพติดขึ้น ผู้ที่ใช้ยานี้จะรู้สึกสุขสบายคล้ายได้สูบบุหรี่จริง และจะมีอาการอยากบุหรี่น้อยลง ในขณะที่เดียวกันการที่ยานี้จับตัวอยู่กับ receptors ก็เป็นการแย่งที่และป้องกันไม่ให้นิโคตินมาจับกับ receptors เหล่านี้ได้อีก จากการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่ายานี้สามารถช่วยในการเลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อยละ 44 แนะนำให้ ขนาด 1 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น สำหรับในประเทศไทย ขณะนี้ยากำลังอยู่ในระหว่างการศึกษา คาดว่าจะมีวางจำหน่ายในประเทศไทยเร็วๆ นี้

2.3) Nortriptyline เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ 5-hydroxytryptamine ที่ปลายประสาท จึงใช้ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ จากการศึกษางานวิจัยหลายฉบับ พบว่ายานี้ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก โดยขนาดที่ใช้ให้ เริ่มต้นที่ 25 มิลลิกรัม/วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นช้าๆ จนถึง 75-100 มิลลิกรัม/วัน ควรเริ่มยานี้อย่างน้อย 10 - 28 วันก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาประมาณ 12 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ตามัว ปัสสาวะคั่ง เวียนหัว มือสั่น และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย หรือมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มหลักข้างต้น และจำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ยาชนิดนี้ก็นับว่ามีความเหมาะสมอย่างมาก โดยเฉพาะกับเศรษฐฐานะของคนไทย เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาถูกและมีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันถึงประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่อย่างชัดเจน

2.4) Clonidine เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้รักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิด ทั้งแอลกอฮอล์และสารอนุพันธ์ฝิ่นอย่างได้ผล จึงได้มีผู้ทดลองใช้ยานี้ในการช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าได้ผลดีขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ 0.1 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือใช้แบบแผ่นแปะขนาด 0.1 มิลลิกรัม/วัน หากจำเป็นอาจปรับขนาดเพิ่มได้คราวละ 0.1 มิลลิกรัมทุกๆ สัปดาห์ ควรเริ่มยานี้ประมาณ 2-3 วัน ก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่แล้วให้ยา

ต่อเนื่องเป็นเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3-10 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูก และ rebound hypertension หากหยุดยาในทันที

ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้นิโคตินทดแทน/ยาเลิกบุหรี่แต่ละชนิด

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด แพทย์ควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และควรพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคติน ซึ่งจะช่วยให้โอกาสในการเลิกบุหรี่สำเร็จนั้นสูงขึ้น

ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่นั้น ควรพิจารณาปัจจัยหลายๆ อย่างร่วมกัน เช่น ข้อห้ามในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มีในขณะนั้น จำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อยาแต่ละชนิด ฐานะของผู้ป่วย และประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยต่อการใช้ยา

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะติดบุหรี่อย่างรุนแรง หรือเคยล้มเหลวจากการใช้ยาเพียงชนิดเดียว อาจพิจารณาใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิด โดยให้สารนิโคตินทดแทนหรือยาแบบออกฤทธิ์ช้า (แบบแผ่นแปะ) ร่วมกับแบบออกฤทธิ์เร็ว (เช่น หมากฝรั่ง) นิโคตินที่ได้จากแผ่นแปะจะทำให้ระดับนิโคตินในกระแสเลือดของผู้ป่วยคงที่ และมีอาการถอนนิโคตินน้อยลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันเกิดขึ้นยาแบบออกฤทธิ์เร็วก็จะช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังได้มีผู้ที่ใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมกันสองชนิดข้ามกลุ่ม เช่น ใช้แผ่นแปะนิโคตินร่วมกับ bupropion หรือ nortriptyline ก็พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจเช่นกัน แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงที่ต้องเพิ่มสูงขึ้นจึงยังคงแนะนำให้เริ่มต้นด้วยยาชนิดเดียวไปก่อน หากไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษา จึงจะพิจารณาใช้ยาร่วมสองชนิดต่อไป

2.1.2 การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatment)

การรักษาผู้ติดนิโคตินโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมใช้โดยบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพของคนไทย คือการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีประสิทธิภาพ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดนิโคตินที่ได้ผลดีที่สุด คือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี คือ บุคคลจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551) Jetiyanuwatr (2001) พบว่าความตั้งใจอันแน่วแน่ในการ

เลิกสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องกังวลและคิดถึงการสูบบุหรี่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าวิธีอื่นๆ

การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด

วิธีการนี้จะสอนให้ผู้สูบบุหรี่มีการพัฒนาทักษะ เรียนรู้วิธีการป้องกันและเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการติดบุหรี่ทางใจ ทางสังคม และความเคยชิน เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งช่วย ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การใช้วิธีนี้เพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี (U.S. Department of health and human services, 2000)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพโดยมีรูปแบบหลักที่สำคัญ 4 รูปแบบ คือ

1) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยใช้หลักการมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่เริ่มจากให้ผู้ป่วยทบทวนสถานการณ์หรือความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความอยากบุหรี่ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่การสูบบุหรี่ การฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นหรือมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) การบำบัดโดยใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม (Niaura, 2008) วิธีนี้ช่วยให้สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ แต่มีข้อจำกัดที่พบของวิธีการบำบัดนี้คือ ใช้จำนวนครั้งในการบำบัดมาก ในสหรัฐอเมริกา พบว่าต้องใช้การบำบัดอย่างต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ จึงจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความยับยั้งชั่งใจเพื่อไม่สูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลานาน (Killen et al, 2008)

2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีส่วนประกอบของหลักการบำบัด ดังนี้ การให้คำปรึกษาเพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาและฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในการวางแผนและเตรียมการกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ ส่วนประกอบต่อมาคือ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายใน มีการส่งเสริมความพยายามเพื่อช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้ การเสริมแรงเพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการหยุดสูบบุหรี่ และส่วนประกอบสุดท้ายคือ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายนอก โดยการรับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายนอก หรือการใช้บริการสายด่วนในการปรึกษาปัญหาการสูบบุหรี่ (Vidrine, Woerpel, Daza, Wright & Wetter, 2006) การให้คำปรึกษาในผู้ที่อยู่ในภาวะติดนิโคตินที่ได้ผลดีที่สุด คือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการ การให้คำปรึกษาจะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากการที่บุคคลจะยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต้องมาจากเจตคติ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญ)

ธวัชชัย, 2551) ทั้งนี้พฤติกรรมบำบัดมีข้อจำกัด คือ มักทำเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิด แหล่งสนับสนุน ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่จากบุคคลในกลุ่ม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรอเพื่อเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง จึงทำให้แรงจูงใจเพื่อที่จะหยุดสูบบุหรี่ลดน้อยลง และเมื่อทำเป็นรายบุคคลทำให้ภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Hughes, 2000)

3) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) ซึ่งคิดค้นโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick) เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดโดยเน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง มุ่งหวังให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบหรี่ ให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ การบำบัดต้องมีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ได้พูดสิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ของตนเองออกมา (Britt, Hudson & Blampied, 2004) หลักการสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเอาใจใส่และการฟัง โดยวิธีการสะท้อนความ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง การต่อต้าน และยอมรับการตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่ ส่งเสริมประสิทธิภาพในการหยุดสูบบุหรี่ และมองการเปลี่ยนแปลงของผู้สูบบุหรี่ในแง่ดี (Emmons & Rollnick, 2001) วิธีการนี้มีขั้นตอนของการบำบัดที่เป็นรูปแบบชัดเจนและใช้การบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที จึงจะมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดหรือหยุดพฤติกรรมกาสูบหรี่ได้ (Soria, Legido, Escolano, Yeste & Montoya, 2006)

4) การบำบัดแบบกระชับ (Brief intervention) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ Transtheoretical model ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานและสมมุติฐานว่าการที่บุคคลจะหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคคล ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ (Stage of changes) (สมิต วัฒนชัยกรรม, สุเชต เชื้อภักดี และปราณี ภาณุมาศ, 2551) การบำบัดแบบกระชับสามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากในช่วงเวลาที่จำกัด ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาที่ไม่นาน (1-3 นาที) (Ulbricht, Baumeistian, Meyer, Schmidt, Schumann & John, 2009) สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในผู้ป่วยได้ และหากใช้เวลาในการให้คำปรึกษามากขึ้นหรือให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม จะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากขึ้นเช่นกัน รวมทั้ง การได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง จากศูนย์เลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (สายเลิกบุหรี่ โทร. 1600) ก็สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น (เครือข่ายสหวิชาชีพสุขภาพ, 2552) การบำบัดแบบกระชับสามารถใช้กับผู้สูบบุหรี่ได้ทุกสาย ทั้งที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบหรี่ ตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบหรี่ (Bulter, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell & Stott, 1999) ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินว่าแต่ละบุคคลอยู่ในระยะใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบหรี่ รวมถึงการประเมินระดับแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ เพื่อให้

การบำบัดและเสริมแรงจิตใจได้ตรงกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของการเลิกสูบบุหรี่ วิชาสาและไดคลีเมน (Prochaska & DiClemente, 1983)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสังเคราะห์งานวิจัย แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551 ได้มีข้อเสนอแนะว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้การบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาหรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว ดังนั้น หากเป็นไปได้และมีความเหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดด้วยยาและได้รับคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาหลายๆ ครั้งร่วมกับการบำบัดด้วยยามีแนวโน้มทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จสูงขึ้น ดังนั้น หากผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาหลายครั้งติดต่อกัน หรือมีการติดตามให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2552)

2.2 การบำบัดรักษาโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสล้มเหลวในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป (U.S. Department of Health and Human Services, 2008) ดังนั้นแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ นอกเหนือจากหลักการพื้นฐานในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่แล้ว การวางแผนการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายยังเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

การบำบัดรักษาโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างจากในผู้ป่วยทั่วไป กล่าวคือ ต้องเน้นย้ำการบำบัดทางจิตสังคม การให้คำแนะนำปรึกษา และพฤติกรรมบำบัดเป็นหลัก โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและหลอดเลือดกับการสูบบุหรี่ว่าส่งผลร้ายอย่างไรหากยังสูบบุหรี่ต่อไป และหากพบว่าผู้ป่วยคิดนิโคตินในระดับสูงหรือเคยเลิกเองแล้วล้มเหลวอาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) เช่น NRT โดยสามารถเลือกใช้ได้ทั้งแบบแผ่นแปะหรือหมากฝรั่งนิโคตินในขนาดต่ำๆ ก่อน สำหรับผู้ป่วยที่อาการยังไม่คงที่ เช่น ยังมีอาการเจ็บหน้าอก หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือมีประวัติหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (serious cardiac dysrhythmias) ควรเลือกใช้ยาในกลุ่มอื่นแทน เช่น bupropion SR ซึ่งใช้ได้ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีความปลอดภัย เนื่องจากเมื่อพิจารณาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น พบว่ายานี้มีอัตราการเกิดผลข้างเคียงต่างๆ โดยเฉพาะต่อระดับความ

คันโลหิตและชีพจรไม่ต่างไปจากกลุ่มยาหลอก และไม่ต่างจากที่พบในผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเลย (Tonstad et al., 2003) ในบางรายอาจเลือกใช้ยาในกลุ่ม NRT เฉพาะที่ออกฤทธิ์สั้น และในขนาดต่ำเท่านั้น เช่น หมากฝรั่งนิโคติน (U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Joseph et al., 1996) ส่วน varenicline นั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากจำเป็นอาจพิจารณาเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงยา nortriptyline ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดูแลบำบัดรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการให้คำแนะนำปรึกษาแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการทำพฤติกรรมบำบัดและกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยทั่วไปประเภนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกหิวบ่อย กินเก่งขึ้น ทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้มาก (Swarts and Hays, 2004; Talwar, Jain and Vijayan, 2004) จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พร้อมควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดในระหว่างที่อดบุหรี่ สำหรับการให้ยา ต้องเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยาบางชนิดอาจไม่เหมาะนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น แผ่นแปะนิโคติน โดยเฉพาะในรายที่มีโรคทางหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease) ร่วมกับ อาจพิจารณาเลือกใช้ยาในกลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคตินเลย เช่น bupropion SR, varenicline แทน เพื่อหลีกเลี่ยงฤทธิ์การตีบของหลอดเลือดจากนิโคติน (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) นอกจากนี้ไม่ควรเลือกยาที่มีส่วนผสมของน้ำตาลอยู่ เช่น หมากฝรั่งนิโคติน เป็นต้น เนื่องจากอาจกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ หากใช้ควรเลือกหมากฝรั่งนิโคตินชนิดปลอดน้ำตาล (sugar free) เท่านั้น (Molyneux, 2004)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับรู้ว่ามีสมรรถภาพปอดถูกทำลายจากการสูบบุหรี่มากขึ้น จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยอื่นๆ (Schiller and Ni, 2006) ดังนั้นควรเน้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักและสำนึกว่าอาการของโรคที่เป็นอยู่เกิดจากการสูบบุหรี่ และควรให้การบำบัดทางจิตสังคม คำแนะนำปรึกษา และพฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) หากมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าสามารถเลือกใช้ยาได้หลายชนิด ได้แก่ NRT, bupropion SR, varenicline และ nortriptyline อย่างไรก็ตามควรพิจารณาเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

2.3 ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเลิกสูบบุหรี่มีประโยชน์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทันทีที่ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจ โดยภายใน 20 นาทีแรก ความดันเลือดและชีพจรจะเต้นในระดับปกติ (Bolman et al., 2002) ภายใน 8 ชั่วโมงระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ เมื่อครบ 24 ชั่วโมง คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จับแน่นอยู่กับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออกไป ปอดจะเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่างๆ จากการสูบบุหรี่ออกจากร่างกาย ภายใน 48 ชั่วโมง นิโคตินจะไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย ความรู้สึกรู้สึกรสและกลิ่นจะกลับมา ภายใน 3-4 วัน จะรู้สึกสดชื่นขึ้น ความรู้สึกรู้สึกรสและกลิ่นจะกลับคืนมาเหมือนเดิม นอกจากนั้นกลิ่นตัวก็จะปลอดกลิ่นบุหรี่ด้วย ภายใน 3 สัปดาห์ การทำงานของปอดจะดีขึ้น ทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าครั้งที่สูบบุหรี่อยู่ ภายใน 2 เดือน เลือดจะไหลเวียนไปสู่แขนขาและจะมีกำลังวังชาเพิ่มมากขึ้น และเมื่อหยุดได้ถึง 3 เดือน ระบบการขจัดสิ่งสกปรกในปอดจะทำงานได้เป็นปกติ (Anthonisen et al., 1994) ในระยะยาวการเลิกสูบบุหรี่สามารถลดอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อหยุดได้นาน 10-15 ปี และหากสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ก่อนอายุ 35 ปี จะมีอายุยืนยาวเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จากที่กล่าวมาเบื้องต้นจะพบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเกิดโรคที่สำคัญหลายประการ และการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา FCCP และรณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนี้

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากหัวใจขาดเลือดในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ถ้าเลิกสูบได้พบว่า 15 ปี หลังจากเลิกสูบบุหรี่ จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหัวใจขาดเลือด หากเลิกสูบบุหรี่พบว่า ลดการเสียชีวิตจากการเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หรือลดการเสียชีวิตทันทีนั้นลงไปร้อยละ 20 ถึง 50 การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการรักษาที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552) นอกจากนั้น Burns (2003) พบว่าการเลิกสูบบุหรี่หลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 84 มีชีวิตยืนยาวขึ้นอีก 10 ปีหลังผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดหัวใจ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ซึ่งมีชีวิตยืนยาวเพียงร้อยละ 68 (Cavender, Rogers and Fisher, 1992)

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของ Willemsse et al., 2004, Wise et al., 2003, Lapperre et al., 2006 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยทำให้อาการต่างๆ ทางระบบหายใจดีขึ้น เช่น

อาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเรื้อรัง และอาการหายใจเหนื่อยหอบ โดยอาการเหล่านี้จะดีขึ้นมากที่สุด ในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า การลดลงของ FEV₁ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระยะ หลังเลิกสูบบุหรี่จะมีอาการดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการลดลงของจำนวน goblet cells การตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมดีขึ้น การอักเสบของหลอดลมลดลง อัตราการกำเริบของอาการลดลง และอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและต้องปฏิบัติในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย (Hilberink et al., 2005, Wagena et al., 2004) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552)

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การเลิกสูบบุหรี่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แต่ในระยะสั้น อาจจะไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในช่วง 12 เดือนแรก เช่น การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวที่ลดลง (Diastolic blood pressure) เป็นต้น (Iino, Iwase, Tsutsu, & Iida, 2004) ส่วนในระยะยาว พบว่า การเลิกสูบบุหรี่ในพยาบาลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้ว ≥ 10 ปี อัตราการเกิดโรคหัวใจจะลดลงเท่ากับพยาบาลที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (RR = 1.01, 95% CI = 0.73–1.38) (Al-Delaimy et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลิกสูบบุหรี่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ เช่น เพิ่มส่วนไขมันที่ดี (HDL) และลดส่วนไขมันที่ไม่ดี (LDL) (Mikhailidis, Papadakis, & Ganotakis, 1998)

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดอัตราเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงได้ร้อยละ 50 (Cubriolo-Turek, 2004) ในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ถ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา 5 ปี จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจนเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน แต่ถ้าเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จัด อัตราเสี่ยงจะยังคงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ด้วย หากสามารถเลิกสูบบุหรี่จะลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก นอกจากนี้ยังพบว่า การเลิกสูบบุหรี่ แต่เปลี่ยนมาสูบบุหรี่ หรือไปป์ (pipe) แทน ไม่ทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง แต่กลับเพิ่มอัตราเสี่ยงให้มากขึ้น (relative risk = 3, 95%CI = 1.6-7.1) (Wannamethee et al., 1995)

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่หยุดสูบบุหรี่จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบทั้งเพศชายและเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี และลดลงอย่างต่อเนื่อง หากเลิกสูบได้ตลอด จนกระทั่งเวลาผ่านไป 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ใน

ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันลงอย่างมาก (Bolman, 2002; Chouinard, 2005)

3. การเลิกสูบบุหรี่

3.1 ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่หลังจากที่สูบบวนสุดท้ายจนถึงปัจจุบัน ในช่วงเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า (Jetiyanuwatr, 2001)

การเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หมายถึง ขณะที่ตอบคำถามไม่ได้สูบบุหรี่และเลิกสูบมาแล้วอย่างน้อย 7-24 เดือน (Lee and Kahende, 2007)

การเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หมายถึง ผู้ที่ไม่สูบแต่เคยสูบเป็นประจำและนานๆ ครั้ง ซึ่งมีความพยายามในการเลิกสูบอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีระยะเวลาในการเลิกสูบครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่า 12 เดือน (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2550)

3.2 การประเมินการเลิกสูบบุหรี่

แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง (self-reported) แบ่งออกเป็น 3 แบบ (Velicer et al., 1992) คือ

1) การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกสูบได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผล การวัดการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีนี้มีข้อดี เช่น การเลิกสูบบุหรี่ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีประโยชน์ในการประเมินปริมาณของการติดนิโคตินในร่างกายได้ (Velicer and Prochaska, 2004) สามารถบอกแนวโน้มการหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งที่ได้ผลสูงสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนแรก (U.S. Department of Health and Human Services, 1990) เป็นต้น

2) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน (Continuous abstinence) หมายถึง การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกจนถึงวันประเมินผล

3) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถใช้เป็นแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ หลังการได้รับการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ไปแล้ว (Velicer and Prochaska, 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นจึงเลือกการใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) โดยกลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผลที่ระยะเวลา 2 เดือน (7-Day Point prevalence

abstinence at 2 months) นับว่า เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น (Short-Term Smoking Cessation) เช่น ประเมินผลในวันที่ 20 เมษายน 2555 ผู้ป่วยต้องไม่ได้สูบบุหรี่ติดต่อกันตั้งแต่วันที่ 13 ถึง 19 เมษายน 2555 เป็นต้น (Ong, Cheong, Prabhakaran, & Earnest, 2005)

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น นอกเหนือจากวิธีการบำบัดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรือมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เองแล้ว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สรันย์ กอสนาน, 2546, Lancaster, Stead, Silagy, & Sowden, 2000, Helgason et al., 2004, National Health Interview Survey, 2005, Yang et al., 2006)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นได้รับเอกสารความรู้และคำแนะนำ เรื่องการเลิกบุหรี่ และเทคนิคการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับข้อมูล ความรู้จากบุคลากรวิชาชีพ ครอบครัว/สังคม (Helgason et al., 2004)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติ หรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคม อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) (House & Kahn, 1985)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การที่บุคคลรับรู้ ว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การมีคนยกย่องเห็นคุณค่า ได้รับความสนิทสนม มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเป็นสมาชิกของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม (Barrera, 1982)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงินทอง กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ (Caplan, 1976)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย (Pilisuk, 1982)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน แฟน และบุคคลอื่นในสังคมทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean & Lin (1977) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1) Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหาไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าแอลฟา .83 - .90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสัมพันธ์รายข้อกับโดยรวมอยู่ในช่วง .48 - .72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

2) Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจาก ผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าแอลฟา .88 และคะแนน ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

3) Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ

- (1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ
- (2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียน หรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถาม ที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าแอลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าแอลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

4) The ENRICHD Social Support Questionnaire มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ผู้ป่วยจะถูกสอบถามความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนโดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก เกณฑ์การแปลผล คะแนนระหว่าง 1 ถึง 10 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนระหว่าง 11 ถึง 20 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนระหว่าง 21 ถึง 30 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามว่าแต่งงานหรือยัง ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83 และการวัดซ้ำได้ค่าแอลฟา .81

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The ENRICHD Social Support Questionnaire จากงานวิจัยของ Steger, Mann, Michels & Cooper (2009) และเลือกใช้ข้อคำถามทั้งสิ้น 6 ข้อ ส่วนข้อที่ 7 ตัดออกเนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส ที่อยู่ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทดสอบความเที่ยง โดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟา .93 ได้รับการพิสูจน์จากงานวิจัยทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง มีค่าความเชื่อมั่นภายในในระดับดี (Vaglio, Conard, Poston, O'Keefe, Haddock, House, & Spertus., 2004) เหมาะสำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Steger, Mann, Michels & Cooper, 2009)

3.3.2 การเสพติดนิโคติน

การเสพติดนิโคติน เป็นผลมาจาก 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบทางชีววิทยา หรือทางร่างกาย องค์ประกอบทางจิตใจ และองค์ประกอบทางพฤติกรรมและสังคมที่ซับซ้อน ทั้งนี้การเสพติดนิโคติน ในบางคนอาจเกิดจากองค์ประกอบเพียงอย่างเดียว หรือหลายองค์ประกอบก็ได้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2552) ดังนี้

องค์ประกอบทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย ได้แก่ การเสพติดสารนิโคตินในบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในปริมาณ 10-15 มิลลิกรัมต่อมวน โดยนิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับตัวกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบได้บริเวณ ventral tegmental area (VTA) ของ brain reward pathway จากนั้นร่างกายจะหลั่ง dopamine ออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ทำให้รู้สึกสบายใจ มีอารมณ์เป็นสุข นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น acetylcholine ทำให้เกิดความตื่นตัว ความคิด ความจำดีขึ้น มีสมาธิดีขึ้น serotonin ทำให้ผ่อนคลายรักษาอารมณ์ต่างๆ ให้คงที่ norepinephrine ทำให้รู้สึกตื่นตัว มีพลัง ลดความซึมเศร้า ลดความอยากอาหาร GABA และ endorphin ทำให้ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

องค์ประกอบทางจิตใจ ได้แก่ ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ เช่น ทำให้ผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกคลายเครียด มีสมาธิ มีชีวิตชีวาเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายได้

องค์ประกอบทางพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ ความเคยชินที่ต้องสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์บางอย่าง หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น ภายหลังจากรับประทานอาหาร หรือระหว่างการดื่มชา/กาแฟ ภายหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ ไปงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อนฝูงที่มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น

การประเมินระดับการเสพติดนิโคตินสามารถประเมินได้จากตัวแปรจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังจากตื่นนอน ดังนี้

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เป็นการประเมินถึงระดับการเสพติดนิโคตินว่ามีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากระดับของการติดยาเสพติดต่างกันจะมีความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินที่แตกต่างกัน (U.S. Department of health and human services, 1988) กล่าวคือผู้ที่สูบบุหรี่ใน

ปริมาณน้อยมีแนวโน้มการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมาก (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน เป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ จากการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน 5 นาที คิดเป็น 2.38 เท่า (Foulds et al., 2006, Boutou et al., 2008)

ความหมายของการติดสารนิโคติน

การติดสารนิโคติน หมายถึง อาการที่แสดงว่า ขาดสารนิโคตินไม่ได้ ซึ่งอาจแสดงออกโดยการสูบบุหรี่มวนแรกทันทีหลังตื่นนอน หรือภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน หรือภายใน 6-30 นาทีหลังตื่นนอน หรือภายใน 31-60 นาทีหลังตื่นนอน ความรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน สูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน ความต้องการสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล นิโคตินเป็นสารประกอบในบุหรี่ที่ทำให้ติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง (สุเทพ ทักษิณาเจนนิจ, 2550)

การประเมินพฤติกรรมการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ (Measuring Dependence in Smoker)

การประเมินเพื่อวิเคราะห์หาวิธีในการช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมการติดบุหรี่ และการประเมินระดับความรุนแรงในการเสพติดนิโคติน โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการติดนิโคตินระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552) และการประเมินการติดนิโคตินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ (Moolchan et al., 2002) ซึ่งมีการประเมินการติดนิโคตินได้หลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินของ DSM-IV-TR

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินไว้ เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคตินตามที่กำหนดใน DSM-IV ซึ่งเป็นคู่มือที่กำหนดมาตรฐานการแยกประเภทภาวะทางจิต 7 ข้อ ต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อในระยะเวลา 12 เดือนจึงจัดว่าติดนิโคติน (American Psychiatric Association, 2000) ดังนี้

1. มีอาการคือต่อนิโคติน มีความต้องการนิโคตินมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ

2. มีอาการถอนนิโคตินอย่างน้อย 4 ข้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ หรือมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำกิจกรรมสำคัญต่างๆ
3. มีการใช้นิโคตินปริมาณมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาานานกว่าที่ตั้งใจไว้
4. ไม่สามารถลด ควบคุม หรือหยุดการใช้นิโคติน ทั้งที่ต้องการหยุด
5. ต้องเสียเวลามากมายไปกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือในการเสพนนิโคติน เช่น สูบบุหรี่ต่อเนื่องหลายมวน
6. ต้องลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การงานที่สำคัญ หรือกิจกรรมสันทนาการอื่น เพื่อไปเสพนนิโคติน
7. ยังคงใช้สารนิโคตินต่อไป แม้จะทราบดีว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย หรือจิตใจที่เกิดขึ้นแล้วจากการใช้นิโคติน หรือปัญหานั้นมีอาการรุนแรงมากขึ้นจากการใช้นิโคติน

2) เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินขององค์การอนามัยโลกตาม ICD-10

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะติดบุหรี่เป็น โรคเรื้อรัง มีรหัส ICD-10 เป็น F-17 (World Health Organization, 1992) โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินอย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ ดังนี้

1. รู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมาก
2. ไม่สามารถควบคุมจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบได้
3. มีอาการถอนนิโคติน เมื่อหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบลง
4. มีภาวะติดต่อนิโคติน ต้องเพิ่มจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ผลจากนิโคตินเท่าเดิม
5. ใช้เวลาในการเสพนนิโคตินมาก จนละเลยสิ่งที่สนใจอื่นๆ
6. ยังคงสูบบุหรี่ แม้จะมีหลักฐานที่ชัดเจนถึงอันตรายที่ตามมาจากการสูบบุหรี่

3) การประเมินระดับการติดสารนิโคตินทางคลินิกโดยทั่วไป ใช้แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .68 (Etter, 2005, Etter, 2008) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน ดังนี้ คะแนนระหว่าง 7 ถึง 10 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง คะแนนระหว่าง 4 ถึง 6 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Modified Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร	ภายใน 5 นาที	3
		5-30 นาที	2
		31-60 นาที	1
		> 60 นาที	0
2	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ห้องสมุด โรงภาพยนตร์	รู้สึก	1
		ไม่รู้สึก	0
3	บุหรี่มวนใดที่งดยากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
		มวนอื่นๆ	0
4	คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	≤10 มวน	0
		11-20 มวน	1
		21-30 มวน	2
		>30 มวน	3
5	คุณสูบบุหรี่บ่อยครั้งภายในชั่วโมงแรก หลังจากตื่นนอน ตอนเช้ามากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
6	แม้ว่าเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่ คุณก็ยังคงสูบบุหรี่	ใช่	1
		ไม่ใช่	0

อ้างอิง : Heatherton et al. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction*, 86(9), 1119-1127.

4) The Heavy Smoking Index (HSI) เป็นแบบประเมินระดับการติดนิโคติน โดยการใช้คำถามสองข้อ คือ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ซึ่งมาจากส่วนหนึ่งของ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบสอบถามระหว่าง The Heavy Smoking Index (HSI) และ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) จากกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ชาวฝรั่งเศสที่สูบบุหรี่ จำนวน 749 คน โดย HSI แปลผลจากคะแนน ≥ 4 แสดงว่ามีการติดนิโคตินมาก พบว่าแบบประเมิน HSI สามารถประเมินระดับการติดนิโคตินได้เทียบเท่ากับการใช้แบบประเมิน FTND ที่แปลผลจากคะแนน ≥ 6 แสดงว่ามีการติดนิโคตินมาก โดยมีความไว และความจำเพาะ

สำหรับการวัดระดับการติดนิโคติน เท่ากับร้อยละ 79.5 และ 96.5 ตามลำดับ (Chabrol, Niezborala, Chastan, and de Leon., 2005)

ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการประเมินระดับการติดนิโคติน โดยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ซึ่งมาจากส่วนหนึ่งของ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

3.3.3 จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่

จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะบอกถึงความตั้งใจ มุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ ในสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า การมีความพยายามหลายครั้งในการเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการเลิกบุหรี่ (MacKenzie et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีชฎา บุญจันทร์ (2550) ที่พบว่าปัจจัยทำนายที่เพิ่มโอกาสการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว 1 ครั้ง และตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็น 2.97 และ 3.19 เท่า ตามลำดับ แต่จากการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) พบว่าจำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ (1 หรือ 2 ครั้ง) เป็นปัจจัยทำนายที่เพิ่มโอกาสการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องคิดเป็น 2.99 เท่า ของผู้ที่มีความพยายามมากกว่า 2 ครั้ง เช่นเดียวกับ สรพงษ์ เจริญกุลฤตยา วุฒิ (2550) ที่พบว่า การมีความพยายามเลิกสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียวมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ คิดเป็น 2.76 เท่าของผู้ที่มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้งขึ้นไป

3.3.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้ (Pender et al., 2002)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้และความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

1) Self-efficacy scale ของ Condiotte & Lichtenstein (1981) มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ฉันมั่นใจมาก ว่าฉันจะสูบบุหรี่ (1 คะแนน) ฉันน่าจะสูบบุหรี่ (2 คะแนน) ฉันอาจจะสูบบุหรี่ (3 คะแนน) ฉันอาจจะไม่สูบบุหรี่ (4 คะแนน) ฉันน่าจะไม่สูบบุหรี่ (5 คะแนน) ฉันมั่นใจมากกว่าฉันจะไม่สูบบุหรี่ (6 คะแนน) ค่าความตรงและความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของจิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) มีข้อความทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ คือ จุใจให้อยากสูบบุหรี่มาก (0 คะแนน) จุใจให้อยากสูบบุหรี่ปานกลาง (1 คะแนน) จุใจให้อยากสูบบุหรี่น้อย (2 คะแนน) ไม่จุใจเลย (3 คะแนน) ข้อคำถามประกอบด้วยสถานการณ์ด้านบวกในการจุใจให้สูบบุหรี่ สถานการณ์ด้านลบในการจุใจให้สูบบุหรี่ และสถานการณ์ที่เกิดจากความเคซินของแต่ละบุคคล เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 28 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ คะแนนระหว่าง 29 ถึง 38 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง คะแนนระหว่าง 39 ถึง 48 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Haug et al. (2010) มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วน Rating scale 5 ระดับ เป็นข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ข้อคำถามด้านความเคซิน ความอยาก 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 9 ถึง 15 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 16 ถึง 30 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 31 ถึง 45 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .92

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของจิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) ซึ่งมีความใกล้เคียงกัน

เรื่องของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุรกรรมที่ยังสูบบุหรี่ มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

3.3.5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 12 (Katon & Ciechanowski, 2002) ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีโรควิตกกังวลชนิดแพนิค ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 24 (Piette et al., 2004) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้าหลังจากเกิดโรค หลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 4 เดือน (Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson, & Stewart-Wynne, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้ามักเกิดร่วมกัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการสูบบุหรี่ ดังนั้น การไม่มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ความหมายของความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ต่อสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มีการดำเนินชีวิตคนเดียว มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น (Beck, 1967)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ดำเนินชีวิตคนเดียว มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจน หรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บขม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวและสิ่งแวดล้อมน้อยลงหรือไม่มีเลย แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะใครๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ เช่น การคิดซ้ำๆ มีความคิดทำร้ายตนเอง (นุสรา วรภัทรทรา, 2547)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบทางด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บขม และสมรรถภาพในการทำงานลดลง ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (รัศมี บัณฑิตธีรัตน์, 2552)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะตึงเครียด ระแวงระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนก ในสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จนรบกวนกิจวัตร

ประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก (รัศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์, 2552)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คือ การรับรู้ความรู้สึกทางอารมณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จากสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความตึงเครียด ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจง่าย และเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองทำอะไรเชิงซ้ำลง ปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่ค่อยสนใจตนเอง

การประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

1) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ แปลโดย วิไล คุปต์นิรันดร์ศึกษกุล และพนม เกตุมาน (2540) ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .92 ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ วัดแบบ Rating scale มี 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า

2) Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3) Perceived Stress Scale ของ Cohen และคณะ (1983) ซึ่งแปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .85 ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงหนึ่ง เดือนที่ผ่านมา จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 7 ข้อ คำถามเชิงบวก 7 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale มี 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีระดับคะแนนมาก แสดงว่ามีภาวะเครียดมากกว่า โดยแบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนระหว่าง 14 ถึง 32 คะแนน

แสดงว่ามีความเครียดระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 33 ถึง 51 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 52 ถึง 70 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดระดับสูง

4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุคร พิศาลสุทธิเดช (2539) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เนื้อหาสั้น กะทัดรัด ประเมินได้ง่าย จากการนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 60 ราย ทดสอบความเที่ยง โดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความวิตกกังวลและซึมเศร้า เท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามวัดความวิตกกังวล 7 ข้อและวัดความซึมเศร้า 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale มี 4 อันดับ โดยเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีดังนี้ คะแนนระหว่าง 11 ถึง 21 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล/ซึมเศร้าสูง คะแนนระหว่าง 8 ถึง 10 คะแนน แสดงว่าเริ่มมีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 0 ถึง 7 คะแนน แสดงว่าไม่มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุคร พิศาลสุทธิเดช (2539) ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .87 และ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ (Steger, Mann, Michels & Cooper, 2009)

4. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

สำนักคณะกรรมการบริโภคยาสูบปี พ.ศ. 2555 กล่าวถึงสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555–2557 ประกอบด้วย 8 ยุทธศาสตร์ และมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิโคตินรายใหม่ ประกอบด้วย 3 ยุทธวิธี ได้แก่ การให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ การป้องกันเด็กและเยาวชนจากความเข้ายวน (Appeal) และป้องกันและจัดการเข้าถึง (Access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ ประกอบด้วย 5 ยุทธวิธี ได้แก่ ส่งเสริมการเลิกบริโภคยาสูบ ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายให้มีองค์ความรู้

ในการช่วยให้เลิกยาสูบ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบริการเลิกยาสูบอย่างเป็นเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างและนำมาตราฐานการดูแลรักษาโรคติดยาสูบระดับชาติ ไปใช้เป็นแนวทางให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กรมการแพทย์ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบประกอบด้วย 4 ยุทธวิธี ได้แก่ ปรับกฎกระทรวง พ.ศ. 2540 ว่าด้วยการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์ แรต หรือบุหรี่ซิการ์ สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ สร้างกลไกให้ธุรกิจยาสูบปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ และการเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ประกอบด้วย 6 ยุทธวิธี ได้แก่ ปรับปรุงกฎหมายให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่ง ปลอดควันบุหรี่ 100% ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดควันบุหรี่ ปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานเพื่อเป็นบรรทัดฐานของสังคม ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ ศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ได้องค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่และการบังคับใช้กฎหมาย และเฝ้าระวังและควบคุมกำกับและประเมินผลการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กรมควบคุมโรค กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย ประกอบด้วย 7 ยุทธวิธี ได้แก่ การพัฒนานโยบายและภาวะการผู้นำในการควบคุมยาสูบ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับและประเมินผลการควบคุมยาสูบ มาตรการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและจัดการความรู้ด้านยาสูบ การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายในการควบคุมยาสูบของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมยาสูบระดับภูมิภาค และปรับปรุงกฎหมายและสร้างความเข้มแข็งการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กรมควบคุมโรค ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ประกอบด้วย 4 ยุทธวิธี ได้แก่ การป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย การควบคุมแหล่งจัดหา การดำเนินการสำหรับ

ผู้กระทำความผิดและบทลงโทษ และความร่วมมือระหว่างประเทศ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การแก้ไขปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ประกอบด้วย 3 ยุทธวิธี ได้แก่ การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ การปรับปรุงระบบการบริหารจัดเก็บภาษียาสูบ และการลดสิทธิประโยชน์ทางภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ อาทิ กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 8 การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ ประกอบด้วย 7 ยุทธวิธี ได้แก่ การป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายว่าด้วยการควบคุมยาสูบ การตรวจสอบอุตสาหกรรมยาสูบ (บริษัทข้ามชาติและโรงงานยาสูบ กลุ่มบ่งหน้าผลประโยชน์ร่วมกัน) เฝ้าระวังและดำเนินการกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เฝ้าระวังและดำเนินการกับตลาดรูปแบบใหม่ๆ เฝ้าระวังและดำเนินการด้านความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัทบุหรี่และโรงงานยาสูบ การทำให้ยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ และการเป็นคติความ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ กรมควบคุมโรค

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่อีกด้วย เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จากนโยบายของรัฐที่ประกาศให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ผู้ป่วยได้เริ่มหยุดสูบบุหรี่มาแล้วตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้น ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Bolman, Vries, & Breukelen, 2002) เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป (Miller et al., 1997) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น พยาบาลควรประยุกต์แนวปฏิบัติ 5A ในการปฏิบัติงาน (Fiore et al., 2000) ซึ่งประกอบด้วย

1. ถาม/ซักประวัติ (Ask) หลังจากที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พยาบาลต้องเป็นผู้ซักประวัติ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และถามประวัติการสูบบุหรี่ด้วยทุกครั้ง พร้อมกับบันทึกในแฟ้มประวัติ

ของผู้ป่วยทุกราย เสมือนว่าถามประวัติแพ้ยา หรือการตรวจสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยทุกคน หากพบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ถามลักษณะของการสูบบุหรี่ว่า สูบตลอดวันหรือสูบเป็นพักๆ และตามด้วยช่วงหยุดสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ถามโรคหรือภาวะต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้ก็คือ การลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยทุกครั้ง หากผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ก็ชมเชย

2. แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) เมื่อถามเรื่องการสูบบุหรี่แล้ว พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ทุกคน เลิกสูบบุหรี่ การแนะนำนั้นควรชี้ให้เห็นถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และการที่ต้องพูดซ้ำๆ ในทุกครั้งที่ได้ถามแล้วพบว่าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่ แสดงถึงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วย

คำแนะนำควรจะต้องชัดเจน (clear) ใช้คำพูดในทางบวก เช่น “การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้โรคหืดที่เป็นอยู่รักษาได้ง่ายขึ้น ทำให้สุขภาพดีขึ้น อาการไอจะลดลง” มีความหนักแน่น (strong) และเหมาะสมกับโรค เช่น “คุณควรจะเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง การลดจำนวนมวนที่สูบ หรือหยุดสูบในขณะที่เจ็บป่วยนั้น ยังไม่เพียงพอ” ตรงกับสภาพของแต่ละบุคคล (personalized) สร้างแรงจูงใจในด้านต่างๆ บอกถึงผลกระทบในต่างๆ ที่มีผลโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น “เมื่อคุณหยุดสูบบุหรี่จะทำให้คุณมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการเข้าออกโรงพยาบาล ประหยัดเงิน และคนใกล้ชิดปลอดภัยจากพิษของควันบุหรี่”

3. ประเมิน (Assess) ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลต้องประเมินความสนใจ ความพร้อม หรือความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม การคัดกรอง (screening) โดยการซักประวัติผู้ป่วย และประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย อาจแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อม (ตั้งใจ) จะเลิกสูบ เช่น พร้อมจะเลิกใน 30 วัน
- 2) ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่พร้อมจะเลิกสูบ
- 3) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่

4. ช่วยเหลือ (Assist) พยาบาลควรวางแผนช่วยผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

- แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดเคี้ยวหรือที่เรียกว่า หักดิบ
- ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ในอดีตวิธีต่างๆ ที่เคยใช้ได้ผลและอะไรที่เป็นอุปสรรค และอะไรที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบอีก โดยพิจารณาจากข้อมูลสิ่งกระตุ้นเพื่อหาแนวทางป้องกัน สอนวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งช่วย เรียนรู้ทักษะในการเบี่ยงเบนความสนใจ หาวิธีอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียด ควรแนะนำเกี่ยวกับเทคนิค เทคนิคการผ่อนคลาย การเผชิญความเครียด และการออกกำลังกาย

- หากผู้ป่วยใช้ทุกวิธีและยังอยากสูบบุหรี่จริงๆ ขอให้อด 5 นาที โดยบอกตัวเองว่า ถ้าผ่าน 5 นาทีไปแล้วจะรู้สึกดีขึ้น โดยทั่วไปแล้วความอยากสูบบุหรี่จะรุนแรงในวันแรกๆ ที่อดบุหรี่และในช่วงแต่ละช่วงที่อยากบุหรี่จะไม่นานหากสามารถทดแทนได้ 5 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทนต่อไปได้

- แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อแก่การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย จัดคลินิก หรือหอบุหรี่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่

- ค้นหาบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีความสำคัญกับผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยบอกบุคคลใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน ถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยในขณะที่ปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่และให้กำลังใจให้ผู้ป่วย

- แนะนำบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยให้ช่วยเป็นกำลังใจ ไม่พูดถึงบุหรี่ ช่วยเหลือในการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงานให้เอื้อแก่การเลิกสูบบุหรี่ หากิจกรรมอื่นทำ เพื่อไม่ให้ว่าง ควรที่จะแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วย หรือไม่ควรสูบบุหรี่ให้ผู้ป่วยเห็น เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจะเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น ถ้ายังมีสมาชิกในครอบครัวยังสูบบุหรี่อยู่

5. การติดตาม (Arrange) การติดตามผลและส่งต่อมีความสำคัญมาก เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรแจกคู่มือหรือแผ่นพับ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และควรติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้กำลังใจ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการเลิกสูบบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ให้แสดงความยินดีและให้กำลังใจต่อไป ถ้าผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่ ให้ทบทวนและเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น ค้นหาปัจจัยที่ผู้ป่วยหันกลับไปสูบบุหรี่อีก

ลักษณะการติดตาม อาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ติดตาม การส่งจดหมายหรือการส่งการ์ดให้กำลังใจ และการติดตามถามเมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลทุกครั้ง การติดตามในครั้งแรกควรจะอยู่ในช่วงสัปดาห์แรก การติดตามครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่อครบ 1 เดือน และครั้งต่อไป เมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (Henrikus et al., 2005; Kinahan, 2002; Quist-Paulsen & Gallefoss, 2003) การติดตามร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาสาเหตุหรืออุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะการพูดคุยทางโทรศัพท์ในแต่ละครั้งควรอยู่ในช่วง 15-20 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สะดวกที่จะคุยในตอนนี้อย่างไร พยาบาลควรนัดหมายกับผู้ป่วยในการที่จะโทรมาในครั้งต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ และพยาบาลมีเวลา ควรเริ่มต้นการให้คำปรึกษา และ

เริ่มต้นการติดตาม ตามความเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ พยาบาลควรที่จะมีการเสริมแรง และให้กำลังใจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการในช่วง 1 ปีแรก (สุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ, 2551)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอนและจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะเครียด/ซึมเศร้า ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

รัชนิกร เกียนทอง (2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตรีชฎา บุญจันทร์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยชาวไทย โดยใช้การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเลิกบุหรี่ แบบไปข้างหน้า จำนวน 454 ราย พบว่าปัจจัยทำนายที่เพิ่มโอกาสการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว 1 ครั้ง (odds ratio = 2.97, 95% CI = 1.38 - 6.39) และตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (odds ratio = 3.19, 95% CI = 1.18-8.56) การใช้ยาที่เป็นทางเลือกอันดับแรกหรืออันดับสองทั้งการใช้ยาเพียง 1 ชนิดหรือใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการใช้ยาให้นานขึ้น

สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ (2550) ได้ศึกษาสถานการณ์การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติสูบบุหรี่และมีความพยายามที่เลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 6,930 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.9 เป็นผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมีปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคือ เพศชาย (odds ratio = 0.76, 95% CI = 0.76-0.77) อายุ 25-59 ปี (odds ratio = 1.77, 95% CI = 1.75-1.78) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มเลิกสูบ

บุหรี่ยิ่งกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ และมีความพยายามเลิกสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียว (odds ratio = 2.76, 95% CI = 2.75-2.76)

กุนนที นवलสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของทหารราบ จำนวน 115 นาย โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) พบว่า วิธีการที่ทำให้ทหารราบเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด คือ การบังคับใจตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 47.8 ส่วนวิธีการสำเร็จน้อยที่สุดคือ การเข้าคลินิกอดบุหรี่ ร้อยละ 5.2 สำหรับปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .28, p < .01$) และน้อยที่สุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ ($r = .23, p < .05$) เลิกสูบบุหรี่ ($r = .51, p < .001$) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด คือ การมีเพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิด สำหรับแหล่งซื้อขายหรือการได้มาซึ่งบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

Jetiyanuwatr (2001) ศึกษาวิจัยแบบย้อนหลังในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 307 คน ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 6 เดือนหรือมากกว่า โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยทำนายที่เพิ่มโอกาสการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ (odds ratio = 2.00, 95% CI = 0.98 – 4.08) จำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ (1 หรือ 2 ครั้ง) (odds ratio = 2.99, 95% CI = 1.49 – 6.02) ความตั้งใจในการเลิก (ตั้งใจมาก) (odds ratio = 7.68, 95% CI = 2.84 – 20.79) การลดจำนวนสูบโดยการเลิกทันที (odds ratio = 1.09, 95% CI = 0.38 – 3.13) ไม่มีความเครียด (odds ratio = 2.21, 95% CI = 1.11 – 4.42)

งานวิจัยต่างประเทศ

Ferguson et al. (2003) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาเรื่องการตัดสินใจโคติน จำนวน 1,224 คน แบบ Retrospective cohort study ประเมินโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ภายหลังจากได้รับคำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน หากไม่มีการสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ถือว่าหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต (odds ratio = 1.6, 95% CI = 1.1-2.4) ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ระยะปฏิบัติ (odds ratio = 5.3, 95% CI = 2.8-4.2) FTND Score ≤ 5 (odds ratio = 1.6, 95% CI = 1.2-2.1) ระยะเวลาที่พยายามเลิกบุหรี่ครั้งก่อน ≥ 30 วัน (odds ratio = 1.4, 95% CI = 1.0-1.8)

Helgason et al. (2004) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ด้วยวิธีการให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ ในผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดนที่รับบริการจาก Swedish quitline แบบ Prospective cohort study แบ่งผู้สูบบุหรี่เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม reactive treatment 496 คน และกลุ่ม proactive treatment 629 คนโดยมีการติดตามผล 12 เดือน จากการประเมินแบบสอบถามที่ส่งให้

ทางไปรษณีย์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ ไม่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า (odds ratio = 2.7, 95% CI = 4.7) การสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพ (odds ratio = 3.5, 95% CI = 1.0-12.3) การสนับสนุนจากครอบครัว/สังคม (odds ratio = 3.1, 95% CI = 1.6-6.1) การไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง (odds ratio = 1.9, 95% CI = 1.1-3.3)

MacKenzie et al. (2004) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการอดบุหรี่หลังจากออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ แบบ Prospective cohort study โดยติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน ได้ 102 คน ซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือจากบันทึกทางการแพทย์ พบว่าปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ ความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ (odds ratio = 9.8, 95% CI = 2.80-35.00) จำนวนครั้งของพยายามเลิกบุหรี่ (odds ratio = 1.3, 95% CI = 1.00-1.50)

Ong et al. (2005) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 248 คน โดยใช้การวิจัยแบบ Prospective cohort study ซึ่งขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ (ประมาณ 1 ชั่วโมง) และแจกสมุดคู่มือในการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 2 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล จากการรายงานด้วยตนเอง และวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ โดยการทดสอบลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ดื่มสุรา 108 คน (ร้อยละ 43.5) และปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การคิดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ (odds ratio = 2.30, 95% CI = 1.25-4.26, P = 0.008) การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ทันที (odds ratio = 7.19, 95% CI = 1.56-33.06, P = 0.011) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (odds ratio = 6.37, 95% CI = 1.33-30.44; P = 0.020)

Boutou et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือนในผู้สูบบุหรี่ชาวกรีกจากคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 285 คน โดยใช้การวิจัยแบบ A nest case-control โดยกำหนดให้ Case คือ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และ Control คือ ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ โดยประเมินจากการสอบถามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน (> 30 นาที) (odds ratio = 5.03, 95% CI = 1.57-8.10) และพบว่า การตื่นนอนในตอนกลางคืน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (odds ratio = 0.61, 95% CI = 0.39-8.10)

Zhu et al. (2009) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจากคลินิกเลิกบุหรี่ใน Guangzhou, China โดยใช้การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และเก็บรวบรวมข้อมูลจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คนหลังจากให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวโดยใช้มาตรการ

5A คือ Ask (ซักถาม), Advice (แนะนำ), Assess (ประเมินผล), Assist (ช่วยเหลือ), Arrange (ติดตามผล) และ 5R คือ Relevance (ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพ), Risks (เน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่), Reward (เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่), Roadblock (วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น), Repetition (ให้คำแนะนำซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบ) จากนั้นติดตามผลในอีก 6 เดือน พบว่าเก็บข้อมูลได้เพียง 195 คน จากการประเมินโดยแบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตนเอง พบว่าปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ ความมั่นใจว่าจะเลิกสูบได้ (odds ratio = 2.39, 95% CI = 1.01-5.30) ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ Preparation (odds ratio = 2.33, 95% CI = 0.47-11.65) Action stage (odds ratio = 5.50, 95% CI = 1.08-28.0)

Haug et al. (2010) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่หลังจากให้คำแนะนำแบบสั้นๆ เพียง 1-3 นาที โดยเก็บข้อมูลจากโครงการ ProGP (A quasi-randomized control trial เปรียบเทียบการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ) ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน จำนวน 1,499 คน จากคลินิกทั่วไป 34 แห่งในเยอรมัน โดยมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่ระยะเวลา 12, 18 และ 24 เดือน พบว่าปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ เพศหญิง (odds ratio = 1.49, 95% CI = 1.01-2.19) ระดับการศึกษา (> 10 ปี) (odds ratio = 1.82, 95% CI = 1.18-2.82) การคิดนิโคติน (odds ratio = 0.84, 95% CI = 0.76-0.94) ตั้งใจจะเลิกสูบใน 6 เดือน (odds ratio = 1.66, 95% CI = 1.16-2.38) ความมั่นใจในการเลิกสูบ (odds ratio = 1.30, 95% CI = 1.03-1.64) ส่วนการมีคู่สมรสที่สูบบุหรี่ (odds ratio = 0.60, 95% CI = 0.42-0.85) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

Gregor & Borrelli (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยอายุกรรม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยอายุกรรมที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน 237 คนเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ ≤ 47 ปี) กับกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 67 ปี) มีการติดตามโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังจากได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 2 และ 6 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การคิดนิโคตินในระดับต่ำ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า แต่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ พบว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่สูง และความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่

Berndt (2012) ศึกษาแบบ Longitudinal design เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน จากหอผู้ป่วยในแผนกโรคหัวใจทั้งสิ้น 6 หน่วยงาน โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามทั่วไปขณะที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และแบบสอบถามการเลิกสูบบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การรับรู้

ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การเป็นแบบอย่างของสังคม และพฤติกรรมกาสูบหรี่

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยของต่างประเทศ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ยังสูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในระยะยาว และติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถามที่ส่งให้ทางไปรษณีย์ โดยดูจากการเลิกสูบบุหรี่ใน 7 วันก่อนวันประเมินผล (7-day point prevalence abstinence) หลังได้รับคำปรึกษา/ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว ที่ระยะเวลา 2, 3, 6 และ 12 เดือนตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 3 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample Size ด้วยโปรแกรม PASS กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาด effect size ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Ong et al., 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคก็ได้ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ≥ 5 มวนต่อวัน
4. เป็นผู้ที่มีการคงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่าน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
6. ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกโรงพยาบาลตามการแบ่งเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีทั้งหมด 13 เขต ได้แก่ เขต 1 เชียงใหม่ เขต 2 พิษณุโลก เขต 3 นครสวรรค์ เขต 4 สระบุรี เขต 5 ราชบุรี เขต 6 ระยอง เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุรธานี เขต 9 นครราชสีมา เขต 10 อุบลราชธานี เขต 11 สุราษฎร์ธานี เขต 12 สงขลา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมาเพียง 1 เขต ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการให้บริการเลิกสูบบุหรี่เหมือนกัน จึงถือว่าทุกเขต เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดีได้

2. เลือกโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ซึ่งมีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมาเพียง 3 โรงพยาบาล เนื่องจากทุกโรงพยาบาลมีคลินิกอดบุหรี่ทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล จากการสำรวจรายชื่อจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ ตามคุณสมบัติที่กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 50 คน โรงพยาบาลสมุทรปราการจำนวน 50 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 50 คน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2555 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2556 จนได้ข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 150 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการ การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรและทางวาจา เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจขณะตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในข้อคำถาม หรือยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ซึ่งไม่ต้องก่อให้เกิดผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ งาน/อาชีพปัจจุบัน รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ในครั้งนี้ ระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังออกจากโรงพยาบาล และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องกันหรือไม่ วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ และใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ทดแทนหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะติดยาโคติน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจาก Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งปรับปรุงโดย Heatherton et al. (1991) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 6 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ต่ำกว่า 4 คะแนน แสดงว่าติดยาโคตินระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 4 ถึง 6 คะแนน แสดงว่าติดยาโคตินระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 7 ถึง 10 คะแนน แสดงว่าติดยาโคตินระดับสูง ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนค่าความตรงของเครื่องมือในการประเมินการติดยาโคติน มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .68 (Etter, 2005, Etter, 2008)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อคำถาม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของจิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ คือ จูงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก (0 คะแนน) - ไม่จูงใจเลย (3 คะแนน) ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถาม และสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนั้นจึงมีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ และได้ปรับลักษณะคำตอบจากมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย (0 คะแนน) - มั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ แปลผลให้คะแนนแบบอิง

เกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom, 1971 อ้างถึงใน จิราภรณ์ เนียมกฤษร (2548) เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 43 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ คะแนนระหว่าง 44 ถึง 58 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง คะแนนระหว่าง 59 ถึง 72 แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ที่ได้แปลมาจาก Zigmond and Snaith (1983) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 7 คะแนน แสดงว่าไม่มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 8 ถึง 10 คะแนน แสดงว่าเริ่มมีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 11 ถึง 21 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล/ซึมเศร้าสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .89

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถาม และข้อคำตอบบางข้อ เพื่อให้เข้าใจต่อความเข้าใจ และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสอบถาม The ENRICH Social Support ซึ่งสร้างโดย Steger, Mann, Michels, & Cooper (2009) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีเลย (1คะแนน) - ตลอดเวลา (5 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 1 ถึง 10 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนระหว่าง 11 ถึง 20 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนระหว่าง 21 ถึง 30 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .93

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามข้อที่ 7 ออกเนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ซ้ำกับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีการปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนั้นจึงมีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ และได้ปรับภาษาในข้อคำตอบเพื่อให้เข้าใจต่อความเข้าใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 2) แบบประเมินภาวะจิตนิโคติน 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ 4) แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) (Polit & Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992; Polit & Hungler, 1999) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.0, 1.0 และ .83 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในการปรับข้อคำถาม และปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งปรับข้อคำตอบ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมิน

แบบประเมิน	Tryout (N = 30)	เก็บข้อมูลจริง (N = 150)
แบบประเมินภาวะคิดนิโคติน	.69	.80
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่	.98	.98
แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	.84	.84
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.93	.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และเจ้าหน้าที่คลินิกอดบุหรี่ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม เพื่อกำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยสร้าง

สัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ็งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.2 หลังจากได้รับความร่วมมือ และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะจิตใจโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถาม

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามประเมินการเลิกสูบบุหรี่ โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามวันนัดของแพทย์ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 เดือน หรือในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ครบเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square: χ^2) และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้สถิติ the Point-biserial correlations และสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square: χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 150 คน ซึ่งรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกออบุหรี่ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผลการวิเคราะห์นำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 การศึกษาความสามารถของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.30) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 50–59 ปี (ร้อยละ 52.70) เกือบสามในสี่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.70) กลุ่มตัวอย่างสองในสามมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.60) ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.30) และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา งาน/อาชีพปัจจุบัน และรายได้ (n=150)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	143	95.30
หญิง	7	4.70
อายุ		
20 – 29 ปี	14	9.30
30 – 39 ปี	21	14.00
40 – 49 ปี	36	24.00
50 – 59 ปี	79	52.70
สถานภาพสมรส		
โสด	28	18.70
คู่	109	72.70
หม้าย	11	7.30
อื่นๆ	2	1.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	6.60
ประถมศึกษา	100	66.60
มัธยมศึกษา	31	20.60
ปริญญาตรี	7	4.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.60

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
งาน/อาชีพปัจจุบัน		
รับจ้าง	77	51.30
ค้าขาย	26	17.30
รับราชการ	6	4.00
อื่นๆ	41	27.40
รายได้ต่อเดือน		
< 5,000 บาท	28	18.70
5,000 – 10,000 บาท	87	58.00
10,001 – 15,000 บาท	19	12.70
> 15,000 บาท	16	10.60

ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.70) สูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปี จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วง ≤ 10 มวนต่อวัน และ 11-20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 39.30 และ 35.30 ตามลำดับ สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที ร้อยละ 55.30 ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน > 30 นาที มีเพียงร้อยละ 16.90 ผู้ที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้นี้มากที่สุดคือ คนในครอบครัว (ร้อยละ 84.70) ตนเอง (ร้อยละ 56) และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (ร้อยละ 41.30) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (n=150)

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่		
< 5 ปี	12	8.00
5 – 10 ปี	15	10.00
11 – 15 ปี	14	9.30
> 15 ปี	109	72.70
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน		
≤ 10 มวน	59	39.30
11-20 มวน	53	35.30
21-30 มวน	19	12.70
> 30 มวน	19	12.70
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน		
ภายใน 5 นาที	83	55.30
6-30 นาที	40	26.70
> 30 นาที	27	18.00
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่		
ไม่เคย	48	32.00
เคย 1-2 ครั้ง	61	40.70
เคย > 2 ครั้ง	41	27.30
แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (เลือกคำตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
คนในครอบครัว	127	84.70
เพื่อน	14	9.30
บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ	62	41.30
ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน	2	1.30
ตนเอง	84	56.00
อื่นๆ	6	4.00

ส่วนที่ 2 การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน (ร้อยละ 47.30) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 79 คน (ร้อยละ 52.70) ยังคงสูบบุหรี่อยู่ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.70) ใช้วิธีการหักดิบในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ และไม่มีผู้ป่วยคนใดที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ทดแทนในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้เลย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อความการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น (n=150)

การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น	จำนวน	ร้อยละ
7 วันที่ผ่านมา หยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องกัน		
เลิกสำเร็จ	71	47.30
เลิกไม่สำเร็จ	79	52.70
วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้		
หักดิบ	145	96.70
น้ำยาบ้วนปาก	5	3.30
ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ทดแทน		
ไม่ใช้	150	100.00

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังจากตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังจากตื่นนอนเป็นตัวแปรกลุ่ม (category variable) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้มีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา ส่วนตัวแปรที่เหลือเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ the Point-biserial correlations และวิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้นั้น ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทาง

ตั้งคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.70 รองลงมาเป็นการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.90

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.80) ยังสูบบุหรี่อยู่ มีเพียงร้อยละ 31.00 ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 18 มวน ($\bar{X} = 17.43$, $SD = 12.19$)

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.80) สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที รองลงมาสูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน > 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 19.00

จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นนั้น ร้อยละ 38.00 ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.60 มีความพยายามเลิกบุหรี่ ≥ 2 ครั้ง และประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.40) ได้เคยพยายามเลิกบุหรี่ 1 ครั้ง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้นั้น ครึ่งหนึ่งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 54.90

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.30) ไม่มีความวิตกกังวล ส่วนความซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.90) ไม่มีความซึมเศร้า

โดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการไม่มีความวิตกกังวล ($p < .05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($p > .05$) (รายละเอียดในตารางที่ 6, 7)

ตารางที่ 6 ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ
(n = 150)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
X1	1							
X2	-.327**	1						
X3	-.072	.482**	1					
X4	-.008	-.181*	-.181*	1				
X5	-.079	.233**	.247**	.211**	1			
X6	.015	.040	.086	.383**	-.067	1		
X7	-.302**	.195*	.147	-.164*	.059	.322**	1	
X8	.368**	-.335**	-.191*	.141	-.143	.118	-.130	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

X1 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

X2 = ความวิตกกังวล

X3 = ความซึมเศร้า

X4 = การสนับสนุนทางสังคม

X5 = จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่

X6 = จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

X7 = ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน

X8 = เลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้ากับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 150)

ปัจจัย	การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น						df	χ^2
	รวม		สำเร็จ		ไม่สำเร็จ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคม							2	2.94
สูง	113	75.30	58	81.70	55	69.60		
ปานกลาง	34	22.70	12	16.90	22	27.80		
ต่ำ	3	2.00	1	1.40	2	2.60		
	$\bar{X} = 24.34$		SD = 5.39					
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน							3	3.98
≤10 มวน	59	39.30	22	31.00	37	46.80		
11-20 มวน	53	35.30	29	40.80	24	30.40		
21-30 มวน	19	12.70	10	14.10	9	11.40		
> 30 มวน	19	12.70	10	14.10	9	11.40		
	$\bar{X} = 17.43$		SD = 12.19					
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน							2	11.65*
ภายใน 5 นาที	83	55.30	31	43.70	52	65.80		
5 - 30 นาที	40	26.70	28	39.40	12	15.20		
> 30 นาที	27	18.00	12	16.90	15	19.00		
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่							2	2.04
ไม่เคย	48	32.00	26	36.60	22	27.90		
เคย 1-2 ครั้ง	61	40.70	29	40.80	32	40.50		
เคย > 2 ครั้ง	41	27.30	16	22.60	25	31.60		
	$\bar{X} = 1.88$		SD = 2.48					

* p < .05

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัย	การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น						df	χ^2
	รวม		สำเร็จ		ไม่สำเร็จ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่							2	27.17*
สูง	53	35.30	39	54.90	14	17.70		
ปานกลาง	18	12.00	10	14.10	8	10.10		
ต่ำ	79	52.70	22	31.00	57	72.20		
	$\bar{X} = 42.86$		SD = 23.98					
ความวิตกกังวล							1	13.49*
ไม่มี	110	73.30	62	87.30	48	60.80		
มี	40	26.70	9	12.70	31	39.20		
	$\bar{X} = 5.33$		SD = 3.73					
ความซึมเศร้า							1	3.16
ไม่มี	108	72.00	56	78.90	52	65.80		
มี	42	28.00	15	21.10	27	34.20		
	$\bar{X} = 5.32$		SD = 4.27					

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติการถดถอยแบบโลจิสติก (Logistic Regression) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่ศึกษาว่า จะต้องไม่เกิดสหสัมพันธ์ในตนเอง (Multicollinearity) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2552) โดยทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

(Coefficient of Correlation) พบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่า .80 ดังนั้น จึงสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวไปวิเคราะห์ เพื่อหาอำนาจในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) (ตารางที่ 6)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ Binary Logistic Regression เลือกตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าในการวิเคราะห์พร้อมๆ กัน (Enter Method) โดยตัวแปรตามคือ การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น (กำหนดค่า = 1) และกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ (กำหนดค่า = 0) พบว่า ในภาพรวม ปัจจัยทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถูกต้องร้อยละ 37.60 ($R^2 = .376, p < .05$)

เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.10 เท่า (95% CI = 1.01-1.20) ผู้ที่สูบบุหรี่ > 30 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.11 เท่า (95% CI = .02-.55) กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 5-30 นาที มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 4.38 เท่า (95% CI = 1.57-12.23) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.03 เท่า (95% CI = 1.01-1.05) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ลดลงจากเดิม .86 เท่า (95% CI = .74-.99)

จากตารางที่ 8 สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนดิบทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดังนี้

$$\hat{y} = -1.60 + .10 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - 2.17 (\text{จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน}) \\ + 1.48 (\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน}) + .03 (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่}) - .16 (\text{ความวิตกกังวล})$$

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ของการสนับสนุนทางสังคม จำนวน มวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่ พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ ซึมเศร้า ในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 150)

ปัจจัยที่ศึกษา	β	S.E.	Wald	OR (95%CI)	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.10	.04	4.78	1.10 (1.01-1.20)	.029
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					
≤ 10 มวน	-2.17	.80	7.35	.11 (.02-.55)	.007
11-20 มวน	-1.46	.77	3.59	.23 (.05-1.05)	.058
21-30 มวน	-1.52	.86	3.16	.22 (.04-1.17)	.076
> 30 มวน				1	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน					
> 30 นาที	-.11	.57	.04	.89 (.30-2.70)	.840
5-30 นาที	1.48	.52	7.94	4.38 (1.57-12.23)	.005
ภายใน 5 นาที				1	
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่	.00	.09	.00	1.00 (.85-1.18)	.973
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการเลิกสูบบุหรี่	.03	.01	9.00	1.03 (1.01-1.05)	.003
ความวิตกกังวล	-.16	.07	4.52	.86 (.74-.99)	.033
ความซึมเศร้า	-.02	.06	.14	.98 (.88-1.09)	.710
Constant	-1.60	1.19	1.79	.20	.181

-2 Log Likelihood = 157.95

Nagelkerke R Square = .376

Cox & Shell R Square = .281

β : regression coefficient

S.E. : Standard Error

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม (ผู้ป่วยใน) และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่สูบมวนแรกภายหลังตื่นนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และ

ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 3 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample Size ด้วยโปรแกรม PASS กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาด effect size ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Ong et al., 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคก็ได้ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ≥ 5 มวนต่อวัน
4. เป็นผู้ที่มีการคงที่ ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่าน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
6. ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2) แบบประเมินภาวะดัดนิโคติน ส่วนที่ 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ส่วนที่ 4) แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ส่วนที่ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะจิตนิโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถาม

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามประเมินการเลิกสูบบุหรี่ โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามวันนัดของแพทย์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 เดือน หรือในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ครบเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square: χ^2) และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการสูบบุหรี่ ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้สถิติ the Point-biserial correlations และสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square: χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.30) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 50–59 ปี (ร้อยละ 52.70) เกือบสามในสี่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.70) กลุ่มตัวอย่างสองในสามมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.60) ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.30) และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท

ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.70) สูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปี จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วง ≤ 10 มวนต่อวัน และ 11-20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 39.30 และ 35.30 ตามลำดับ สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที ร้อยละ 55.30 ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน > 30 นาที มีเพียงร้อยละ 16.90 ผู้ที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้นี้มากที่สุดคือ คนในครอบครัว (ร้อยละ 84.70) ตนเอง (ร้อยละ 56) และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (ร้อยละ 41.30) ตามลำดับ

2. ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน (ร้อยละ 47.30) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 79 คน (ร้อยละ 52.70) ยังคงสูบบุหรี่อยู่

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการไม่มีความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($p > .05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($p > .05$)

4. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถูกต้องร้อยละ 37.60 ($R^2 = .376, p < .05$)

เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.10 เท่า (95% CI = 1.01-1.20) ผู้ที่สูบบุหรี่ > 30 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.11 เท่า (95% CI = .02-.55) กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 5-30 นาที มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5

นาที คิดเป็น 4.38 เท่า (95% CI = 1.57-12.23) กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.03 เท่า (95% CI = 1.01-1.05) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ลดลงจากเดิม .86 เท่า (95% CI = .74-.99)

โดยสามารถสร้างสมการในรูปคะแนนดิบทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดังนี้

$$\hat{y} = -1.60 + .10 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - 2.17 (\text{จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน}) \\ + 1.48 (\text{ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน}) + .03 (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่}) - .16 (\text{ความวิตกกังวล})$$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยนี้ พบว่าเมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน (ร้อยละ 47.30) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 79 คน (ร้อยละ 52.70) ยังคงสูบบุหรี่อยู่ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปี และจากการประเมินการตินิโคติน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตินิโคตินในระดับสูง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว อุปสรรคของการหยุดสูบบุหรี่ที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก คือ การที่ต้องพบกับอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ (Negative affect) และความรู้สึกอยากสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก (Craving) (Caponnett & Polosa, 2008) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุได้ว่า 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีเพียงร้อยละ 47.33

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดมี

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงและปานกลาง มีเพียงส่วนน้อยที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งอาจทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Berndt (2012) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ พบว่าจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ >30 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.11 เท่า (95% CI = .02-.55) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Myung et al. (2007) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 11-15 มวนต่อวัน และ ≥ 16 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จน้อยกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 และ 0.19 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 18 มวน ($\bar{X} = 17.43$, SD = 12.19) ทำให้ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา จากการศึกษาในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ กับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 39.30) มีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เพียง ร้อยละ 31.00 และยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 46.80 ส่วนกลุ่มที่สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 35.30) มีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 40.80 แต่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 30.40 ตามลำดับ เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 5 - 30 นาที มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นสูงกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 4.38 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Foulds et al. (2006) ที่ติดตามผู้สูบบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ที่ระยะ 1 และ 6 เดือน พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน >30 เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.88 เท่า เช่นเดียวกับ Boutou et al. (2008) และจากการศึกษาของ Lando et al. (2003) พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน 5 นาที คิดเป็น 2.38 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน หากผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนทันที หรือสูบบุหรี่ภายใน 5 นาที แสดงว่ามีการติดนิโคตินในระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552)

นอกจากนี้ พบว่าจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่งเคยมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 40.70) และผู้ป่วยบางคนไม่เคยลองเลิกสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 32.00) แต่

สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จไม่ต่างกันในแต่ละกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องการศึกษาของสรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ (2551) ที่พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกบุหรี่เพียงครั้งเดียว มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็น 2.76 เท่า และการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) ที่พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 1 หรือ 2 ครั้ง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สูงกว่าผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็น 2.99 เท่า

ปัจจัยด้านสตรีวิทยาจิตวิทยาสังคม พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.03 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKenzie et al. (2004) ที่พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 9.8 เท่า ส่วนการศึกษาของ Zhu et al. (2009) พบว่าจากการติดตามผู้สูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ใน Guangzhou, China เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.39 เท่า และจากการศึกษาของ Ong et al. (2005) พบว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ทันทีของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง คิดเป็น 7.19 เท่า ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดมีคนในครอบครัวเป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.70) อีกทั้งขณะที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมนั้น ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ว่าเกิดจากการสูบบุหรี่จากแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งได้รับคำแนะนำ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการเลิกสูบบุหรี่จากเจ้าหน้าที่ในคลินิกอดบุหรี่อีกด้วย

ในทำนองเดียวกัน พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ ลดลงจากเดิม 0.86 เท่า (95% CI = .74-.99) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) ที่พบว่าการไม่มีภาวะเครียดในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.21 เท่า และจากการศึกษาของ Helgason et al. (2004) พบว่าการไม่มีภาวะเครียด/ความรู้สึกซึมเศร้าของผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดน ที่ได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline เป็นเวลา 1 ปี เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.7 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Caponnetto & Polosa (2008) เนื่องจากความเครียดและความรู้สึกซึมเศร้า มักจะถูกใช้เป็นข้ออ้างถึงเหตุผลในการสูบบุหรี่ สารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าสู่สมองภายใน เวลา 6-10 วินาที ขึ้นอยู่กับวิธีสูดควัน ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดง

หดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกอ่อนคลาย หลาย คนจึงสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบ เกิดอาการหงุดหงิด และเครียดในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอ เพื่อคง ระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย

3. การศึกษาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วย โรครีเอริง

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เมื่อนำปัจจัยทำนาย ได้แก่ สนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายาม เลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า เป็นตัวแปรอิสระ และการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นเป็นตัวแปรตาม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก แบบ Binary Logistic Regression (Enter Method) พบว่าปัจจัยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนาย การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรครีเอริงได้ถูกต้องร้อยละ 37.60 ($R^2 = .376, p < .05$)

เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ใน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรครีเอริงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวน มวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล อภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรครีเอริงที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น นอกเหนือจาก วิธีการบำบัดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรือมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เองแล้ว การสนับสนุน ทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรครีเอริงที่ยังสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัย หนึ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ศรันย์ กอสนาน, 2546, Lancaster, Stead, Silagy, & Sowden, 2000, Helgason et al., 2004, National Health Interview Survey, 2005, Yang et al., 2006) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเลิกสูบ บุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.10 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Helgason et al. (2004) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว/สังคมเป็นปัจจัยทำนายซึ่งทำให้ผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดนซึ่งได้รับ คำปรึกษาจาก Swedish Quitline มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มเป็น 3.1 เท่า นอกจากนี้จากการ

สำรวจงานวิจัยของ National Health Interview Survey (2005) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 25 ขณะที่วิธีอื่นๆ เช่น การคิดแผ่นนิโคติน การใช้ยา หรือการอ่านหนังสือ/ดูวิดีโอ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 15 อีกทั้ง ครันย์ กอสนาน (2546) พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า และอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำน้อยกว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ Berndt et al. (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การประเมินการคิดนิโคตินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ (Moolchan et al., 2002) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเป็นข้อคำถาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการคิดนิโคตินระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 5-30 นาที มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 4.38 เท่า แต่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ >30 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มากกว่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.11 เท่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป (Miller et al., 1997) การได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในคลินิกอดบุหรี่ในการช่วยเหลือให้มีการเลิกสูบบุหรี่อย่างถูกต้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.03 เท่า (95% CI = 1.01-1.05)

ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 12 (Katon & Ciechanowski, 2002) ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีโรควิตกกังวลชนิดแพนิค ร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 24 (Piette et al., 2004) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 4 เดือน (Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson, & Stewart-Wynne, 1997) นอกจากนี้ยัง

พบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้าดังกล่าว เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการสูบบุหรี่ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นลดลงจากเดิม .86 เท่า

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการเลิกสูบบุหรี่จากเจ้าหน้าที่ในคลินิกอดบุหรี่ปีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครั้งนี้ อาจใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่รักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่มีคลินิกอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การไม่มีความวิตกกังวล/ ซึมเศร้า และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้สำเร็จ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวให้มาก และนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาและสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป

2. ด้านการศึกษาควรมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปริมาณที่สูบต่อวันรวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การไม่มีความวิตกกังวล/ ซึมเศร้า และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การไม่มีความวิตกกังวล/ ซึมเศร้า และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ไปเป็นแนวทางในการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นเพื่อป้องกันและลดปริมาณการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อนำมาพัฒนาในการวางแผนพยาบาลต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. พิมพ์ครั้งที่ 6.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุนนที นवलสุวรรณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของทหารราบ.

วารสารพยาบาลทหารบก 10(1): 81-90.

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2551). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

เครือข่ายสหวิชาชีพสุขภาพ. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ*.

จิราภรณ์ เนียมกฤษกร. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

ตรีชฎา บุญจันทร์. (2550). *ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยชาวไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

นุสราร วรภัทราท. (2547). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). *คนไทยจะเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างไรและทิศทางตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ. สรุปรายงานการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)*.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

- ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2551). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาชกกิจ, *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*, 29-43. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ชนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1)*: 18-30.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร เคียนทอง. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศมี บัณฑิตธีรัตน์. (2552). ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2546). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. (2551-2552). กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศรัณย์ กอสถาน. (2546). การสูบบุหรี่และการอดบุหรี่ ในมุมมองทางจิตวิทยาและสังคม. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์. (2554). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2554*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2546). *พฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ*. โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. Retrieved September 29, 2011 from http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/information center/78.doc.

- สรรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมเกียรติ วิฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 24(1): 45-52.
- สมหมาย หิรัญนุช นวลขนิษฐ ลีจิตลือชา และผ่องศรี ศรีมรกต. (2548). *การศึกษามหาวิทยาลัยพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. จากการประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ” ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- สถิกร พงศ์พานิช. (2550). *การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย*. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต วัฒนชัยกรรม, สุเชต เชื้อภักดี และปราณี ภาณุมาศ. (2551). *คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. (2552). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิศา ปรีชาวงษ์. (2553). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่ออาการถอนนิโคติน*. *วชิรเวชสาร* 54(2): 181-192.
- สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ. (2550). *การศึกษาอัตราการคิดสารนิโคติน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรที่ร่วมโครงการ ลด ละ เลิกบุหรี่ด้วยราชินี 72 พรรษา ในจังหวัดขอนแก่น*. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 12(2): 173-182.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ตอนที่ 2: การดูแลรักษาโดยใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่*. เอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การรักษาโรคติดบุหรี่ (Advanced Thai Tobacco Cessation Workshop)”.

- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์. (2552). *พิษภัยและการรักษาโรคติดเชื้อหู*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 1* (2): 9-18.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, บุษริน เฟิงบุญ และจิราภรณ์ เนียมกฤษร. (2551). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม*.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2552). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สุรีพร ชนศิลป์ สุนิดา ปรีชาวงษ์ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, *การพยาบาลผู้ใหญ่ 2*. เอกสารคำสอน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2554). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2555 10(1)*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546*. Retrieved April 4, 2012 from <http://service.nso.go.th/nso/knowledge/knowledge09/sanitation1.html>
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และชนวันต์ กาบภิรมย์. (2553). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2553*. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2551). หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*, 66-78. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- อรสา พันธุ์กักดี. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล*. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย*.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I*. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Al-Delaimy, W.K., Manson, J.E., Solomon, C.G., Kawachi, I., Stampfer, M.J., Willett, W.C., & Hu, F.B. (2002). Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes Mellitus. *Archives of Internal Medicine* 162(3): 273–279.
- American Psychiatric Association. (2000). *The diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthonisen, N.R., Connett, J.E., Kiley, J.P., Altose, M.D., et al. (1994). Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *The Journal of the American Medical Association*. 272(19):1497-1505.
- Augustson, E.M., Wanke, K.L., Rogers, S., Bergen, A.W., Chatterjee, N., Synder, K., Albanes, D., Taylor, P.R., & Caporaso, N.E. (2008). Predictors of Sustained Smoking Cessation: A Prospective Analysis of Chronic Smokers From the Alpha-Tocopherol Beta-Carotene Cancer Prevention Study. *American Journal of Public Health* 98(3): 549–555.
- Bandura, A. (1997). *A self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barrera, M.J. (1982). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issue. In G.H. Gottlib (Ed.), *Social Networks and Social Support*, 69-96. London: Sage Publication.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: International Universities Press.
- Berg, C.J., Thomas, J.L., Guo, H., An, L.C., Okuyemi, K.S., Collins, T.C., & Ahluwalia, J.S. (2010). Predictors of smoking reduction among Blacks. *Nicotine & Tobacco Research* 12(4): 423- 431.
- Berndt, N., Bolman, C., Mudde, A., Verheugt, F., de Vries, H., Lechner, L. (2012). Risk groups and predictors of short-term abstinence from smoking in patients with coronary heart disease. *The Journal of Acute and Critical Care* 41(4): 332-343.
- Bolman, C., Vries, H., & Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac in patients. *Health Education Research* 17 (1): 99-116.
- Boutou, A.K., Tsiata, E.A., Pataka, A., Kontou, P.K., Pitsiou, G.G., & Argyropoulou, P. (2008). Smoking cessation in clinical practice: predictors of six-month continuous abstinence in a

- sample of Greek smokers. *Primary Care Respiratory Journal* 17(1): 32-38.
- Britt, E., Hudson, S.M., & Blampied, N.M. (2004). Motivational interviewing in health setting: a review. *Patient Education and Counselling* 53: 147-155.
- Burns David M.(2003). Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 46(1): 11-29.
- Burns, N. (2007). *Understanding nursing research: Building an evidence-base practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Burvill, P., Johnson, G., Jamrozik, K., Anderson, C., & Stewart-Wynne, E. (1997). Risk factors for post stroke depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(2): 219-226.
- Caplan, R.B., et al. (1976). Social support and health. *Medical care* 15: 39-42.
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictor of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine* 102(8): 1182-1192.
- Cavender J.B., Rogers W.J., Fisher L.D., Gersh B.J., Coggin C.J., & Myer W.O. (1992). Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the Coronary Artery Surgery Study (CASS): 10-year follow-up. CASS Investigators. *Journal of the American College of Cardiology* 20(2): 287-294.
- Chabrol, H., Niezborala, M., Chastan, E., and de Leon, J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addictive Behaviors* 30(7): 1474-1477.
- Chiu, B.C., Lynch, C.F., Cerhan, J.R., & Cantor, K.P. (2001). Cigarette Smoking and Risk of Bladder, Pancreas, Kidney and Colorectal Cancers in Iowa. *Annals of Epidemiology* 11(1): 28-37.
- Chouinard, M. C., and Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research* 54(4): 243-54.
- Christenhusz, L., Pieterse, M., Seydel, E., & Palen, J. (2007). Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. *Patient Education and Counseling* 66(2): 162-166.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5): 300-313.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24: 385-396.
- Condiotte, M., and Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 648-658.
- Cubriilo-Turek, M. (2004). Stroke risk factors: recent evidence and new aspects. *International Congress Series 1262*: 466-469.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research* 5(2): 104-107.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage.
- Emmons, K.E., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine* 20(1): 68-74.
- Etter, J.F. (2005). A Comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstrom test for nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 77(3): 259-268.
- Etter, J.F. (2008). Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 95(1-2): 152-159.
- Ferguson, J.A., Patten, C.A., Schroeder, D.R., Offord, K.P., Eberman, K.M., & Hurt, R.D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 28(7): 1203-1218.
- Fiore, M.C., Bailey W.C., Cohen, S.J., et. al. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Quick reference guide for clinicians*. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services.
- Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T.B., et. al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services.
- Foulds, J., Gandhi, K.K., Steinberg, M.B., Richardson, D.L., Williams, J.M., Burke, M.V., & Rhoads, G.G. (2006). Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *American Journal of Health Behavior* 30(4): 400-412.
- Frank, E. and Harrell, Jr. (2001). Regression Modeling Strategies With Applications to Linear Models, Logistic Regression, and Survival Analysis. *Springer Series in Statistics*: 215-267.

- Gregor, K., & Borrelli, B. (2011). Barriers to quitting smoking among medically ill smokers. *Journal Behavioral Medicine*. doi:10.1007/s10865-011-9376-y
- Gritz, E.R., Vidrine, D.J., & Fingeret, M.C. (2007). Smoking cessation a critical component of medical management in chronic disease populations. *American Journal of Preventive Medicine* 33(6): 414-422.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Rge, J., Rumpf, H.J., & John, U. (2010). Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling* 78(1): 57-64.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction* 86(9): 1119-1127.
- Helgason, A.R., Tomson, T., Lund, K.E., Galanti, R., Ahnve, S., & Gilljam, H. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *European Journal of Public Health* 14(3): 306-310.
- Henrikus, D.J., Lando, H.A., McCarty, M.C., Klevan, D., Holtan, N., & Huebsch, J.A. (2005). The TEAM project: The effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine* 40(3): 249-258.
- Hilberink, S.R., Jacobs, J.E., Bottema, B.J.A.M., Vries, H.de., & Grol, R.P.T.M. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six month's results. *Preventive Medicine* 41(5-6): 822-827.
- House, J.S., and Kahn, R.L. (1985). *Measures and concepts of social support*. Social support and Health, 83-105. Florida: Academic Pre Oxford University.
- Hughes, J.R. (2000). New treatments for smoking cessation. *CA-A Cancer Journal for Clinicians* 50(3): 143-151.
- Hughes, J.R., Keeley, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 99(1): 29-38.
- Ino, K., Iwase, M., Tsutsu, N., & Iida, M. (2004). Smoking cessation and glycaemic control in type 2 diabetic patients. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 6(3): 181-186.
- International Council of Nurse. (2006). *Nurse for Tobacco-Free Life*. Retrieved April 4, 2012 from http://www.icn.ch/matters_tobacco.htm

- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*. Master's Thesis, Department of Science, Faculty of Science (Biostatistics), Mahidol University.
- John, U., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., & Schumann, A. (2004). Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with a high prevalence of tobacco smoking. *Preventive Medicine* 38(3): 350-358.
- Joseph A.M., Fu S.S. (2003). Safety issues in pharmacotherapy for smoking in patients with cardiovascular disease. *Program Cardiovascular Disease* 45(6): 429-441.
- Katon, W., and Ciechanowski, P. (2002). Impact of depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 53(4): 859-863.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Schatzberg, A.F., Arredondo, C., Murphy, G., Hayward, C., Celio, M., Crompton, D., Fong, D., Pandurangi, M. (2008). Extend cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction* 103: 1381-1390.
- Lacasse, Y., Lamontagne, R., Martin, S., Simard, S., & Arsenault, M. (2008). Randomized trial of a smoking cessation intervention in hospitalized patients. *Nicotine & Tobacco Research* 10(7): 1215-1221.
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal* 321: 355-358.
- Lando, H., Hennrikus, D., McCarty, M., & Vessey, J. (2003). Predictors of quitting in hospitalized smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 5(2): 215-222.
- Lapperre, T.S., Postma, D.S., Gosman, M.M.E., Snoeck-Stroband, J.B., Hacken, N.H.T., Hiemstra, P.S., Timens, W., Sterk, P.J., & Mauad, T. (2006). Relation between duration of smoking cessation and bronchial inflammation in COPD. *Journal of Respiratory Medicine* 61(2): 115-121.
- Lee, C.W., and Kahende, J. (2007). Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *American Journal of Public Health* 97(8): 1503-1509.
- Lee, L.L., Lee, J.S.C., Waldman, S.D., Casper, R.F., & Grynpas, M.D. (2002). Polycyclic aromatic hydrocarbons present in cigarette smoke cause bone loss in an ovariectomized rat model. *Journal of the International Bone and Mineral Society* 30(6): 917-923.

- Lokke, A., Lange, P., Scharling, H., Fabricius, P., & Vestbo, J. (2006). Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax* 61: 935–939.
- MacKenzie, T.D., Pereira, R.I., & Mehler, P.S. (2004). Smoking abstinence after hospitalization: predictors of success. *Preventive of Medicine* 39: 1087-1092.
- McClave, A.K., Dube, S.R., Strine, T.W., Kroenke, K., Caraballo, R.S., & Mokdad, A.H. (2009). Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addictive Behaviors* 34(6): 491-497.
- McKenna, K., & Higgins, H. (1997). Factors influencing smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Patient Education and Counseling* 32(3): 197-205.
- Mikhailidis, D.P., Papadakis, J.A., & Ganotakis, E.S. (1998). Smoking, Diabetes and Hyperlipidaemia. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 118(2): 91–93.
- Miller, N.H., Smith, P.M., DeBusk, R.F., Sobel, D.S., & Taylor, C.B. (1997). Smoking cessation in hospitalized patients: Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 157: 409-415.
- Molyneux, A. (2004). Nicotine replacement therapy. *British Medical Journal* 328(7437): 454-456.
- Moolchan, E.T., Radzius, A., Epstein, D.H., Uhl, G., Gorelick, D.A., Cadet, J.L., & Henningfield, J.E. (2002). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Diagnostic Interview Schedule: do they diagnose the same smokers?. *Addictive Behaviors* 19(1): 101-113.
- Myung, S.K., Seo, H.G., Park, S., Kim, Y., Kim, D.J., Lee, H., Seong, M.W., & Kim, M.Y. (2007). Socio-demographic and smoking behavioral predictors associated with smoking cessation according to follow-up periods: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of transdermal nicotine patches. *Journal of Korea Medical Science* 22(6): 1065-1070.
- Niaura, R. (2008). Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. *The American Journal of Medicine* 121(4A): 11-19.
- Ong, K.C., Cheong, G.N., Prabhakaran, L., & Earnest, A. (2005). Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology* 10: 63–69.

- Pelkonen, M., Notkola, I.L., Nissinen, A., Tukiainen, H., & Koskela, H. (2006). Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest* 130(4): 1129-1137.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th ed. USA: Pearson Education.
- Piette, J.D., Richardson, C. & Valenstein, M. (2004). Addressing the needs of patients with multiple chronic illness: The Case of Diabetes and Depression. *The American Journal of Managed Care* 10(2): 152-162.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of Social Support. The Social Inoculation. *American Journal Ortho Psychiatry* 52: 20.
- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnson, K., & Jorgensen, T. (2005). Smoking cessation intervention in a large randomized population-based study. The Inter 99 study. *Preventive Medicine* 40(3): 285-292.
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2004). *Nursing research principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., and Hungler, B. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Quist-Paulsen, P., & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 327:1254-1257.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Application of Psychological Measures* 1: 385-401.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., & Lohr, K.N. (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Annals of Internal Medicine* 145: 845-856.
- Rice, V.H., & Stead, L.F. (2001). *Nursing interventions for smoking cessation*. The Cochrane Database of Systematic Reviews (Complete Reviews).
- Rustin, T.A. (2000). Assessing Nicotine Dependence. *American Family Physician* 62: 579-584.

- Sarna, L., & Bialous, S. (2005). Tobacco control in the 21st century: A critical issue for the nursing profession. *Research and Theory for Nursing Practice* 19(1): 15-24.
- Schiller J.S., & Ni, H. (2006). Cigarette smoking and smoking cessation among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Health Promotion* 20(5): 319-323.
- Shinton, R. and Beevers, G. (1989). Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *Behavior Medicine Journal* 298: 789-794.
- Sineenuch Siriwong. (2011). *Predicting Factors of Quitting Smoking among the Royal Thai Navy Personnel*. Doctoral dissertation, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A.L., & Montoya, J. (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice* 56: 768-774.
- Steger, M.F., Mann, J.R., Michels, P., & Cooper, T.C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research* 67(4): 353-358.
- Suskin, N., Sheth, T., Negassa, A., & Yusuf, S. (2001). Relationship of Current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *Journal of the American College of Cardiology* 37(6): 1677-1682.
- Swartz, S.H., and Hays, J.T. (2004). Office-based intervention for tobacco dependence. *The Medical Clinics of North America* 88(6): 1623-1641.
- Talwar, A., Jain, M., and Vijayan, V.K. (2004). Pharmacotherapy of tobacco dependence. *The Medical Clinics of North America* 88(6): 1517-34.
- Tonstad et al. (2003). Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European Heart Journal* 24: 946-955.
- Trockel, M., Burg, M., Jaffe, A., Barbour, K., & Taylor, C.B. (2008). Smoking behavior postmyocardial infarction among ENRICH trial participants: cognitive behavior therapy intervention for depression and low perceived social support compared with care as usual. *Journal of Biobehavioral Medicine* 70 (8): 875-882.

- U.S. Department of health and human services. (1988). *The Health Consequences of Smoking Addiction: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD : U.S.Department of Health and Human Services, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of health and human services. (1990). *National trends in smoking cessation. The health benefits of smoking cessation*, A report of the surgeon general (pp. 580-616). Washington, DC: US Government.
- U.S. Department of health and human services. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*. Rockville MD.
- U.S. Department of health and human services. (2008). Clinical Practice Guideline. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*.
- US Surgeon General Report. (2010). *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General. Retrieved February 27, 2012 from [http://www.surgeon-general.gov/library/tobacco smoke/report/full_report.pdf](http://www.surgeon-general.gov/library/tobacco%20smoke/report/full_report.pdf)
- Vaglio, J., Conard, M., Poston, W.S., O'Keefe, J., Haddock, C.K., House, J., & Spertus, J.A. (2004). Testing the performance of the ENRICH social support instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 13(2): 24.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin* 111(1): 23-41.
- Velicer, W.F., and Prochaska, J.O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addictive Behaviors* 29(1): 51-60.
- Vidrine, J.I., Woerpel, L.C., Daza, P., Wright, K.L., & Wetter, D.W. (2006). Smoking cessation 2: Behavioral Treatments. *Behavioral Medicine* 32: 99-109.
- Wagena, E.J., Van der Meer, R.M., Ostelo, R.J., Jacobs, J.E., & Van Schayck, C.P. (2004). The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. *Respiratory of Medicine* 98(9): 805-815.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G., Whincup, P.H., & Walker, M. (1995). Smoking Cessation and the Risk of Stroke in Middle-aged Men. *JAMA* 274(2): 155-160.

- Wiggers, L.C.W., Oort, F.J., Dijkstra, A., de Haes, J.C.J.M., Legemate, D.A., & Smets, E.M.A. (2005). Cognitive changes in cardiovascular patients following a tailored behavioral smoking cessation intervention. *Preventive Medicine* 40(6): 812-821.
- Willemse, B.W.M., Postma, D.S., Timens, W., & Hacken, N.H.T. ten. (2004). The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *European Respiratory Journal* 23: 464-476.
- Wise, R.A., Kanner, R.E., Lindgren, P., Connett, J.E., Altose, M.D., Enright, P.L., & Tashkin, D.P. (2003). The Effect of Smoking Intervention and an Inhaled Bronchodilator on Airways Reactivity in COPD: The Lung Health Study. *Chest* 124(2): 449-458.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Code of practice on tobacco control for health professional organization* [online]. Adopted and signed by the participants of the WHO informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control, 28-30 Jan 2004 Geneva, Switzerland. Retrieved September 29, 2011, from [http:// www.radiologymalaysia.org/ontent/Downlodes/WHOCodetob.pdf](http://www.radiologymalaysia.org/content/Downlodes/WHOCodetob.pdf)
- World Health Organization. (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. Retrieved February 1, 2012 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
- World Health Organization. (2011). *World No Tobacco Day 2011: Theme: The WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Retrieved September 29, 2011 from <http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/announcement/en/index.html>
- Yang, T., Fisher, K.J., Li, F., & Danaher, B. (2006). Attitudes to smoking cessation and triggers to relapse among Chinese male smokers. *BioMed Center Public Health*. Retrieved February 25, 2012, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-65.pdf>
- Zhu, W.H., Yang, L., Jiang, C.Q., Deng, L.Z., Lam, T.H., Zhang, J.Y., & Chan, S.S. (2009). Characteristics of smokers and predictors of quitting in a smoking cessation clinic in Guangzhou, China. *Journal of Public Health* 32(2): 267- 276. doi:10.1093/pubmed/ fdp107

Zigmond, A., and Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychia Scand* 67: 361–370.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม	
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี ด้านวิเทศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลั้มพากร	รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. เกศัชกรหญิง ชวนชม ธนานิธิศักดิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาเกษตรกรรมปฏิบัติ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ข

**จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

ที่ ศร 0512.11/1114



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ปริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ปริชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150
นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศธ 0512.11/ 1114



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา บริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ด้านวิเทศสัมพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา บริชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150
นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศธ 0512.11/ 1114



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนมาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150
นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศร 0512.11/114



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศร 0512.11/1114



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา ศารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา บริชวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. เกสกรหญิง ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. เกสกรหญิง ชวนชม ธนานิธิศักดิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา บริชวงษ์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวณัฏฐิยา ศารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศร 0512.11/ 15๕๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ สิงหาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปีที่ยังสูบบุหรี่ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่จำนวน 30 คน โดย ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล / ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171



ที่ ศธ 0512.11/๒๒๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ สิงหาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดีเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างฉบับสังเขป 1 ชุด
 2. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 1 ชุด
 3. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย 1 ชุด
 5. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฉันทิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ที่ยังสูบบุหรี่ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล / ซิมเคร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิติสดีจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศธ 0512.11/ 1522



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 สิงหาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างฉบับสังเขป 1 ชุด
 2. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 1 ชุด
 3. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย 1 ชุด
 5. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ที่ยังสูบบุหรี่ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล / ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชางษ์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ที่ ศธ 0512.11/1572



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ สิงหาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างฉบับสังเขป 1 ชุด
 2. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 1 ชุด
 3. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย 1 ชุด
 5. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ที่ยังสูบบุหรี่ และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความวิตกกังวล / ซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา บริษัทพงษ์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ โทร. 083-0726-171

ภาคผนวก ค

**เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม**

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนันทิยา คารมย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสมุทรปราการ 71 ถนนจ๊กกะพาก ตำบลปากน้ำ อำเภอมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-7018132-8 ต่อ 3062

โทรศัพท์มือถือ 083-0726171 E-mail: nankarom@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม (ผู้ป่วยใน) และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลทั่วไปในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.3 เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและภาวะเครียด/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม (ผู้ป่วยใน) และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลทั่วไป ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) มีคุณสมบัติ ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังและสูบบุหรี่ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ยินยอมร่วมในการวิจัย และไม่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติ (power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

5. ผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2) แบบประเมินภาวะคิดนิโคติน ส่วนที่ 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ส่วนที่ 4) แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ส่วนที่ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลต่อไป

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

9. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถติดต่อสอบถามได้ที่คุณฉันทิยา คารมย์ (ผู้วิจัย) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสมุทรปราการ 71 ถนนจ๊กกะพาก ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-7018132-8 ต่อ 3062 E-mail: nankarom@hotmail.com หรือติดต่อกับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์ (อาจารย์ที่ปรึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 12 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2181150

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent From)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเป็นที่พอใจ จาก ผู้วิจัย ชื่อ นางสาวฉันทิยา คารมย์ ที่อยู่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ติดต่อ 083- 0726171 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....	(.....)
สถานที่/ วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	(.....)
สถานที่/ วันที่	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	(.....)
สถานที่/ วันที่	พยาน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพุทธโสธร กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย โทร.(๐๓๘-๘๑๕๒๓๕)
 ที่ ดช.๐๐๒๗.๒๐๒/๔๙๖๓ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๕
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คุณณัฏฐิยา คารมย์

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการงานวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" เพื่อขออนุมัติศึกษา วิจัยในคน ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังมีรายละเอียดตามเอกสารแนบมาแล้วนั้น

ในการนี้คณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้พิจารณาเอกสารโครงการวิจัยเรื่องข้างต้น และเอกสารที่เกี่ยวข้องเสร็จเรียบร้อยแล้ว ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ให้การรับรองโครงการวิจัยฯ รายละเอียดตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยฯ ที่แนบมาด้วยแล้วนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสมชาย หาญโฆทัยกุล)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 โรงพยาบาลพุทธโสธร



เลขที่ EC - CA ๐๓๙ / ๒๕๕๕

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง"

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฏฐิยา คารมย์


คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์
ให้การรับรอง โครงการวิจัยตามข้อบ่งชี้ที่เสนอขอดำเนินการวิจัย


วันที่รับรอง : ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๖

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

๑. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๓. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ

ลงนาม 
(นายสมชาย หาญชัยพิบูลย์กุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม 
(นายประชา ชัยภักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

ที่ สป ๐๐๒๑.๒/ ๕๕๖๙



โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๑๑ อ.จ๊กกะพาก อ.เมือง ๙
จ.สมุทรปราการ ๑๐๒๑๐

๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง รับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศษ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๒๒
ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวฉันทิยา
คารมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อ
เสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ” โดยขอรับการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
๗ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามรายละเอียดที่แจ้งมา นั้น

โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยคณะกรรมการงานวิจัยได้ดำเนินการรับรองการพิจารณาจริยธรรม
โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอ ดังต่อไปนี้

๑. ให้แจ้งคณะกรรมการงานวิจัยในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย หรือหยุดโครงการ
ก่อนกำหนด
๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
๔. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการงานวิจัยได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชศักดิ์ เชื้อจตุโรทัย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา)
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร ๐๒ - ๑๐๑๔๑๒๒ ต่อ ๒๔๐๕

โทรสาร ๐๒ - ๑๑๓๔๕๕๑

HRD 2 /PAN 5 / งานวิจัย / รับรองโครงการจริยธรรม



ที่ สก.๐๐๒๗.๒๐๒ / ๗๒๖๖

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
๒๘๓ ถนนสุวรรณศร ตำบลสระแก้ว
อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐

๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ตอบรับการเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๒๒ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๕

ตามหนังสืออ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะดำเนินการวิจัย
เสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" และขอความ
อนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ยินดีให้ นางสาวณันติยา คารมย์ นิสิตชั้นปริญญา
มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระหว่างวันที่
๑๕-๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ณ ห้องผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและห้องผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ซึ่งเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูล
และวิเคราะห์ผลวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ขอให้นำเสนอผลการวิจัยต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
สระแก้ว ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นายเกรียงไกร โกวีทางทอร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร.๐ ๓๗๕๒ ๑๔๓๗

โทรสาร.๐ ๓๗๒๔ ๒๕๓๑

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมคำในช่องว่างในส่วนที่เว้นว่างไว้ เกี่ยวกับข้อมูลของท่าน ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

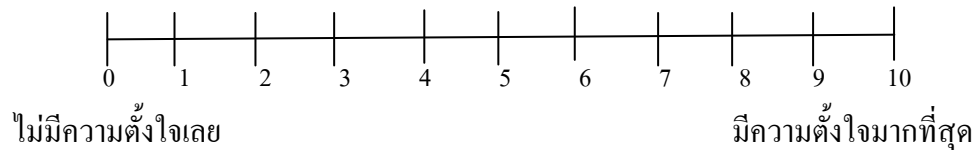
1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. งาน/อาชีพปัจจุบัน.....
4. รายได้บาทต่อเดือน
5. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () อื่นๆ.....
6. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ
7. ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง () โรคเบาหวาน
() โรคความดันโลหิตสูง () โรคหลอดเลือดสมอง
() โรคหัวใจและหลอดเลือด () อื่นๆ.....

ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

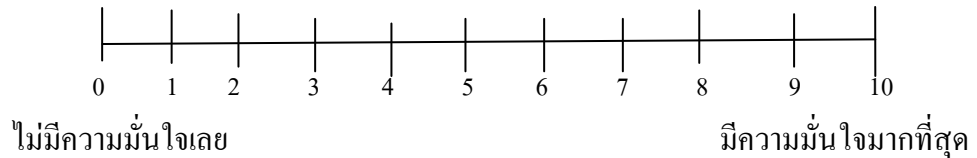
8. ท่านสูบบุหรี่มานาน ปี
9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ มวน
10. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่
() ไม่เคย
() เคย จำนวนครั้งที่เคยเลิก ครั้ง
เลิกได้นานที่สุดปี.....เดือน.....วัน

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย X ทับเส้นตรงในช่วงคะแนนที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับระดับความตั้งใจ/ความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน

11. ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ครั้งนี้ อยู่ในระดับใด



12. ระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับใด



13. แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บุคคลที่กระตุ้น/ผลักดันเป็นแรงบันดาลใจให้ท่านอยากเลิกสูบบุหรี่ คือ

- คนในครอบครัวอยู่บ้านเดียวกัน คนในครอบครัวแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
- คนรัก / คนใกล้ชิด /ญาติ เพื่อน
- บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ แพทย์ผู้ทำการรักษาโรค
- ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน ตนเอง เนื่องจาก.....
- อื่นๆ.....

แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของท่านในปัจจุบัน กรุณาตอบคำถามตามที่ท่านปฏิบัติจริง

1. 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องกันหรือไม่

- () ใช่
 () ไม่ใช่ หยุดได้.....วัน

2. วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ คือ

- () หักดิบ
 () ใช้น้ำ ระบาย.....
 () เคี้ยวหมากฝรั่ง
 () อื่นๆ

3. หลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่แล้ว ท่านได้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ทดแทนหรือไม่

- () ไม่ใช่
 () ใช่ () ยาเส้น
 () เคี้ยวใบยาสูบ
 () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะติดนิโคติน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ท่านได้ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านของแต่ละข้อคำถาม

1. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร

<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที	<input type="checkbox"/> 5 - 30 นาที
<input type="checkbox"/> 31 - 60 นาที	<input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที
2. ท่านรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ห้องสมุด โรงภาพยนตร์

<input type="checkbox"/> รู้สึก	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึก
---------------------------------	------------------------------------
3. บุหรี่มวนใดที่ขดยากที่สุด

<input type="checkbox"/> มวนแรกในตอนเช้า	<input type="checkbox"/> มวนอื่นๆ
--	-----------------------------------
4. ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน

<input type="checkbox"/> 10 มวนหรือน้อยกว่า	<input type="checkbox"/> 11 - 20 มวน
<input type="checkbox"/> 21 - 30 มวน	<input type="checkbox"/> 31 มวนขึ้นไป
5. ท่านสูบบุหรี่บ่อยครั้งภายในชั่วโมงแรก หลังจากตื่นนอนตอนเช้ามากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน

<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
------------------------------	---------------------------------
6. แม้ว่าเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่ท่านก็ยังคงสูบบุหรี่

<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
------------------------------	---------------------------------

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ของท่าน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้ กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านของแต่ละข้อคำถาม

สถานการณ์	ไม่มั่นใจ เลย	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
1. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
2. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกผิดหวัง (ไม่ได้สิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ)					
3. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่ออยู่กับคู่สมรสที่สูบบุหรี่					
4. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่ออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่					
5. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อมีเรื่องทะเลาะ หรือขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว					
6. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อมีความสุข หรือรู้สึกสบายใจ					
7. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกโกรธ หรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง					
8. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียสิ่งที่รักไป					
9. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่					
10. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ระหว่างหรือหลังการดื่มกาแฟ					
11. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเหงา หรืออยู่ว่างๆ สบายๆ					
12. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกว่าขาดกำลังใจ					
13. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า หรือรู้สึกว่าไม่กระปรี้กระเปร่า					
14. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อตื่นมาในตอนเช้า					
15. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก					
16. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกซึมเศร้า					
17. ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียด					
18. ท่านมั่นใจที่จะไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อที่จะช่วยให้ทราบอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวล/ซึมเศร้า ของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด

<p>1. ท่านรู้สึกตึงเครียด</p> <p>() เป็นส่วนใหญ่</p> <p>() บ่อยครั้ง</p> <p>() เป็นบางครั้ง</p> <p>() ไม่เป็นเลย</p>	<p>2. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ท่านเคยชอบได้</p> <p>() เหมือนเดิม</p> <p>() ไม่มากเท่าแต่ก่อน</p> <p>() มีเพียงเล็กน้อย</p> <p>() เกือบไม่มีเลย</p>
<p>3. ท่านมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น</p> <p>() รู้สึก และค่อนข้างรุนแรง</p> <p>() รู้สึก แต่ไม่มากนัก</p> <p>() รู้สึกเล็กน้อย แต่ก็ไม่ทำให้กังวล</p> <p>() ไม่รู้สึกเลย</p>	<p>4. ท่านสามารถหัวเราะ และมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้</p> <p>() เหมือนเดิม</p> <p>() ไม่มากนัก</p> <p>() มีน้อย</p> <p>() ไม่มีเลย</p>
<p>5. ท่านมีความรู้สึกวิตกกังวล</p> <p>() เป็นส่วนใหญ่</p> <p>() บ่อยครั้ง</p> <p>() เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อยนัก</p> <p>() นานๆ ครั้ง</p>	<p>6. ท่านรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน</p> <p>() ไม่มีเลย</p> <p>() ไม่บ่อยนัก</p> <p>() เป็นบางครั้ง</p> <p>() เป็นส่วนใหญ่</p>
<p>7. ท่านสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย</p> <p>() ได้ดีมาก</p> <p>() ได้โดยทั่วไป</p> <p>() ไม่บ่อยนัก</p> <p>() ไม่ได้เลย</p>	<p>8. ท่านรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม</p> <p>() เกือบตลอดเวลา</p> <p>() บ่อยมาก</p> <p>() เป็นบางครั้ง</p> <p>() ไม่เป็นเลย</p>

<p>9. ท่านรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง</p> <p>() ไม่เป็นเลย</p> <p>() เป็นบางครั้ง</p> <p>() ค่อนข้างบ่อย</p> <p>() บ่อยมาก</p>	<p>10. ท่านปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง</p> <p>() ไม่สนใจตนเองมาก</p> <p>() ไม่ค่อยสนใจเท่าที่ควร</p> <p>() สนใจน้อยกว่าแต่ก่อน</p> <p>() ยังสนใจตนเองเหมือนเดิม</p>
<p>11. ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งไม่ได้</p> <p>() เป็นมากที่สุด</p> <p>() ค่อนข้างมาก</p> <p>() ไม่มากนัก</p> <p>() ไม่เป็นเลย</p>	<p>12. ท่านมองสิ่งต่างๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ</p> <p>() มากเท่าที่เคยเป็น</p> <p>() ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคย</p> <p>() น้อยกว่าที่เคยมาก</p> <p>() เกือบจะไม่มีเลย</p>
<p>13. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน</p> <p>() บ่อยมาก</p> <p>() ค่อนข้างบ่อย</p> <p>() ไม่บ่อยมากนัก</p> <p>() ไม่มีเลย</p>	<p>14. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟัง รายการวิทยุ หรือดูรายการโทรทัศน์ หรือกิจกรรม อื่นๆ อย่างที่เคยรู้สึก</p> <p>() เหมือนเดิม</p> <p>() ไม่มากเท่าแต่ก่อน</p> <p>() มีเพียงเล็กน้อย</p> <p>() เกือบไม่มีเลย</p>

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ทราบว่า ท่านมีการสนับสนุนทางสังคมมาก

น้อยเพียงใด กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานการณ์	ไม่มีเลย	เกือบจะ ไม่มีเลย	มีเป็น บางครั้ง	มีเกือบ ตลอดเวลา	มีตลอดเวลา
1. มีคนพร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านอยากจะพูดคุย					
2. มีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำแก่ท่าน เวลาที่ท่านมีปัญหา					
3. มีคนพร้อมที่จะให้ความรักและความใส่ใจแก่ท่าน					
4. มีคนช่วยท่านปฏิบัติภารกิจเล็กๆ น้อยๆ ให้ในแต่ละวัน					
5. มีคนที่ท่านไว้วางใจ ในการแก้ปัญหาส่วนตัว					
6. มีคนที่ท่านรู้สึกเชื่อใจ/ไว้วางใจ					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฏฐิยา คารมย์ เกิดวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดจันทบุรี สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2547
เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การ
พยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบัน
ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม 3 ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลสมุทรปราการ