

ความถูกต้องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูญหายของเจ้าหน้าที่ใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



นายวิทยา พิเชฐวิรัช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence and associated factors of smoking among workers in
King Chulalongkorn Memorial Hospital

Mr. Wittaya Pichetweerachai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
โดย	นายวิทยา พิเชฐวิรัช
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ พรชัย สิริศิรินทร์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. สรinya เฮงพระพรหม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ พรชัย สิริศิรินทร์กุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. สรinya เฮงพระพรหม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ)

..... กรรมการ
(นายแพทย์ อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์)

วิทยา พิเชฐวีรชัย : ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (Prevalence and associated factors of smoking among workers in King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปริกษานิตยสาร: ศ. ดร. นพ. พรชัย สิทธิศรีรัตนกุล, อ.ที่ปริกษานิตยสารร่วม: รศ. ดร. สรณยา เสงพะพรหม, 75 หน้า.

จุดประสงค์: เพื่อทราบขนาดและการกระจายของการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยการสำรวจเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยซึ่งได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ **ผลการศึกษา:** อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 62.3 ของทั้งหมด (1,972 คนจาก 3,167 คน) มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 120 คน (ร้อยละ 6.1) โดยฝ่ายบริหารงานทั่วไปมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 30.6) และตำแหน่งที่มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ร้อยละ 38.8) ร้อยละ 90 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้ในระดับดีและไม่มีแตกต่างกับกลุ่มอื่นๆ ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ เพศชาย (p-value < 0.01) ช่วงอายุ 41-50 ปี (p-value < 0.01) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (p-value < 0.01) สถานภาพสมรส (p-value < 0.01) การดื่มสุรา (p-value < 0.01) การทำงานล่วงเวลา (p-value < 0.01) ระดับความเครียด (p-value < 0.01) รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท (p-value < 0.01) และทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ (p-value < 0.01) ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ติดนิโคตินในระดับน้อย แต่มีความต้องการเลิกบุหรี่เพียงประมาณ 1 ใน 3 และมากกว่าครึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่เลย ปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ คือ ครอบครัว (ร้อยละ 57.3) และการควบคุมตนเอง (ร้อยละ 37.3) **สรุปผลการศึกษา:** ถึงแม้มีสัดส่วนบุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่จะอยู่ในระดับต่ำ แต่บุคลากรของโรงพยาบาลควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่บุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้แก่บุคลากรที่สูบบุหรี่ โดยการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการคลินิกเลิกบุหรี่ การคัดกรองการสูบบุหรี่ และการรณรงค์เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

ลายมือชื่อนิติ
.....

สาขาวิชา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก
.....

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม
.....

5774087930 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORDS: SMOKING, HEALTH CARE WORKER

WITTAYA PICHETWEERACHAI: Prevalence and associated factors of smoking among workers in King Chulalongkorn Memorial Hospital. ADVISOR: PROF. PORNCCHAI SITHISARANKUL, M.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. SARUNYA HENGPRAPROM, Ph.D., 75 pp.

Objective: To define prevalence and associated factors of smoking among workers in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Method:* The cross-sectional survey was performed by collecting questionnaire from workers in King Chulalongkorn Memorial Hospital. Samples were selected by stratified sampling method. *Results:* The response rate was 63.2%. The prevalence of current smoker was 6.1% (120 persons). The prevalence of smoking was highest in general administration division (30.6%) and among security guards (38.8%). Most of smokers had good knowledge comparable to ex-smokers and nonsmokers. Smoker group had higher average scores of attitude to smoking than the other groups. Male (p-value < 0.01), age group 41-50 years (p-value < 0.01), education level lower than bachelor degree (p-value < 0.01), being married (p-value < 0.01), alcohol drinking (p-value < 0.01), shift work (p-value < 0.01), average income less than 15,000 Baht/month (p-value < 0.01) and job stress (p-value < 0.01) were factors associated with smoking. Although most of current smokers were mild nicotine dependence, only one-third of them decided to quit smoking and more than half of them were never counseled or advised by health professional to quit smoking. Promoting factor for smoking cessation were family support (57.3%), and self-control (37.3%). *Conclusion:* Despite low prevalence of smoking among workers in university hospital, they should be health model for people. To promote workers to be health model, the hospital should improve accessibility to smoking cessation clinic, screening and promote hospital's smoking free policy.

Department: Preventive and Social Medicine Student's Signature

Field of Study: Health Research and Management Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เฮงพระพรหม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่เมตตาให้ความดูแลเอาใจใส่ คอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อคิดเห็นในการแก้ปัญหาต่างๆขณะทำการศึกษา

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ประธานคณะกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ และ อาจารย์ นพ.อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อกรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อข้อมูลต่างๆ แก่ผู้วิจัยจนทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเพื่อทำการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณศิริพร ไสละห่าน ที่เสียสละแรงกายและเวลาอันมีค่า เพื่อช่วยประสานงานกับฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และตามเก็บแบบสอบถามจนทำให้มีข้อมูลเพียงพอเพื่อทำการวิเคราะห์ได้

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อตอบแบบสอบถาม

และขอขอบพระคุณ คุณนพวรรณ ขำโอด ที่ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการติดต่อกับบุคคลต่างๆ ขณะเริ่มทำการศึกษาวิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฏ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามของการวิจัย.....	2
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
1.4 ขอบเขตการวิจัย	2
1.5 สมมติฐานการวิจัย.....	2
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	2
1.7 ปัญหาทางจริยธรรมการวิจัย.....	2
1.8 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
1.9 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
1.10 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	4
1.11 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
บทที่ 2.....	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรื	5

2.2 ผลต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่	5
2.3 การสูบบุหรี่กับการทำงาน.....	8
2.4 สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย.....	8
2.5 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535	9
2.6 ความชุกของการสูบบุหรี่ในบุคลากรทางการแพทย์และผลกระทบ	10
2.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่.....	11
2.8 สาเหตุการติดบุหรี่.....	14
2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่.....	16
บทที่ 3.....	18
วิธีดำเนินการวิจัย.....	18
3.1 รูปแบบการวิจัย	18
3.2 ประชากรและตัวอย่าง.....	18
3.2.1 ประชากร (Population)	18
3.2.2 ประชากรเป้าหมาย (Target Population)	18
3.2.3 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)	18
3.2.4 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)	18
3.2.5 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling).....	18
3.2.6 ขนาดตัวอย่าง และ การคำนวณ.....	21
3.3 ตัวแปร	21
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	24
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	24

บทที่ 4.....	27
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	27
4.1 ผลการดำเนินการเก็บข้อมูล.....	27
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	27
4.2.1 ข้อมูลทั่วไป.....	27
4.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ.....	30
4.2.3 ระดับความเครียดจากงาน.....	31
4.2.4 ความชุกของการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย....	32
4.2.5 ความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	32
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่	34
4.3.1 ข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่	34
4.3.2 ทัศนคติและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่.....	36
4.3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่	37
4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่เคยสูบบุหรี่	40
บทที่ 5.....	45
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	45
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	45
5.2 อภิปรายผล	46
5.2.1 สัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่	46
5.2.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่	46
5.2.2.1 เพศ.....	46
5.2.2.2 อายุ	47

5.2.2.3 การอยู่อาศัยกับคู่ครอง.....	47
5.2.2.4 ระดับการศึกษา	48
5.2.2.5 การทำงานล่วงเวลา	48
5.2.2.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	48
5.2.2.7 การดื่มสุรา	48
5.2.2.9 ทักษะชีวิตและปัจจัยอื่นๆ.....	49
5.3 ข้อเสนอแนะ	50
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	50
5.3.2 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	52
รายการอ้างอิง.....	53
ภาคผนวก.....	61
ภาคผนวก ก. ตารางแสดงสถานะการสูบบุหรี่จำแนกตามแผนก.....	62
ภาคผนวก ข. ตารางแสดงสถานะการสูบบุหรี่จำแนกตามวิชาชีพ	63
ภาคผนวก ค. ตารางแสดงสถานะการสูบบุหรี่จำแนกตามตำแหน่งงาน	64
ภาคผนวก ง. แสดงความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่	65
ภาคผนวก จ. ตารางแสดงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานการสูบบุหรี่	66
ภาคผนวก ฉ. ตารางแสดงระดับการติดนิโคตินและปริมาณการสูบบุหรี่ จำแนกตามระดับ การศึกษา	68
ภาคผนวก ช. แบบสอบถาม.....	69
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	75

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2. 1	แสดงประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบ.....	5
ตารางที่ 3. 1	แสดงการแบ่งระดับความรู้ตามระดับคะแนน.....	25
ตารางที่ 3. 2	แสดงการแบ่งระดับทัศนคติตามระดับคะแนน.....	26
ตารางที่ 4. 1	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	28
ตารางที่ 4. 2	แสดงพฤติกรรมการดื่มสุราและการออกกำลังกาย จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	31
ตารางที่ 4. 3	แสดงระดับความเครียดจากการทำงาน จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	31
ตารางที่ 4. 4	แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	32
ตารางที่ 4. 5	แสดงทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	33
ตารางที่ 4. 6	แสดงทัศนคติที่ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่.....	34
ตารางที่ 4. 7	แสดงข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่.....	35
ตารางที่ 4. 8	แสดงทัศนคติและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่.....	36
ตารางที่ 4. 9	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่.....	38
ตารางที่ 4. 10	แสดงข้อมูลของผู้ที่เคยสูบบุหรี่.....	41
ตารางที่ 4. 11	แสดงปัจจัยต่างๆกับการเลิกสูบบุหรี่.....	42

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 3. 1 แสดงโครงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	19
ภาพที่ 3. 2 แสดงวิธีการสุ่มคัดเลือกอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย	20



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆมากมาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เป็นต้น และยังเป็นสาเหตุของมะเร็งอีกหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งในช่องปาก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น⁽¹⁻³⁾ จากผลการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคประเทศไทยในปี พ.ศ.2552 พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคอันดับที่ 2 รองจากการดื่มสุรา⁽⁴⁾ นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว การสูบบุหรี่ยังส่งผลเสียทางเศรษฐกิจในระดับประเทศ เนื่องจากการสูญเสียผลิตภาพการทำงาน และมีต้นทุนการบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นอีกด้วย^(1, 4-7)

ปัญหาต่างๆจากการสูบบุหรี่ดังที่กล่าวมาเบื้องต้น บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้แก่คนทั่วไป ทั้งในบริเวณโรงพยาบาลและที่สาธารณะ และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองผู้สูบบุหรี่และเป็นผู้แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่⁽⁸⁻¹⁶⁾ อย่างไรก็ดี จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีสัดส่วนแพทย์และพยาบาลที่สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 7-50^(17, 18) โดยแพทย์และพยาบาลที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่อีกด้วย

สำหรับประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ได้ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553^(19, 20) โรงพยาบาลจำนวนมากจึงดำเนินการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยเริ่มกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มคนงาน พนักงานเปล พนักงานขับรถ มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นกลุ่มแพทย์และพยาบาล⁽²¹⁻²⁴⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากการตรวจสุขภาพประจำปีพ.ศ. 2557⁽²⁵⁾ พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำซึ่งสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนใน 3 เดือน และมีระดับการติดยาโคตินในระดับสูงเป็นจำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของหน้าทีในกลุ่มงานรักษาความปลอดภัย เวิร์กเปด ช่างซ่อมบำรุง และเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ยังขาดข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีระดับการติดยาโคตินในระดับอื่น ได้แก่ การติดยาโคตินในระดับน้อย และระดับปานกลาง และกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ซึ่งยังไม่ได้รับการสำรวจ ดังนั้นการจัดทำวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบขนาดและการ

กระจายของปัญหาการสูบบุหรี่ของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการรณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่สามารถลดการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ และป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ต่อไปในอนาคต

1.2 คำถามของการวิจัย

1. ความชุกการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นเท่าไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. ความรู้ ทักษะคติของผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. ประเมินความรู้ ทักษะคติของผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาวิจัยในบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประจำ และลูกจ้างประจำ สังกัดสภากาชาดไทยในระหว่างเดือน 31 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

1.5 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยจากงานมีความเกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัดสภากาชาดไทยได้ และผู้ที่ได้รับเลือกตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกคน

1.7 ปัญหาทางจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคนทั้ง 3 ข้อ คือ

1. *หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)* โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างรหัสแบบสอบถามขึ้นมาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามที่มีรหัสแตกต่างกันให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยแบบสุ่ม และในแบบบันทึกข้อมูลไม่ได้ให้อาสาสมัครระบุชื่อหรือสิ่งที่จะระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมในการวิจัยได้

2. *หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)* ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ อาจเกิดความเสี่ยงต่อตัวผู้เข้าร่วมในการวิจัยเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้เสียเวลา ไม่สะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม และ

3. *หลักความยุติธรรม (Justice)* คือ มีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน มีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน

เนื่องจากการวิจัยนี้มีจำนวนอาสาสมัครเป็นจำนวน 1,872 คน ผู้วิจัยขอยกเว้น written consent โดยให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมด้วยการตอบแบบสอบถาม หรือ consent by action แทน

1.8 ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสุ่มเลือกเจ้าหน้าที่มาเพียงบางส่วนเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และการวิจัยนี้เก็บข้อมูลด้วยการแจกแบบสอบถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย ดังนั้นการวิจัยนี้จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย หรือผู้เข้าร่วมวิจัยอาจกรอกข้อมูลไม่ตรงต่อความเป็นจริงได้

1.9 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. บุหรี่ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบทั้งชนิดมีควัน และไม่มีควัน เช่น บุหรี่ซอง บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไซปรี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น
2. การสูบบุหรี่ แบ่งเป็น
 - ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน
 - ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน
 - ผู้เคยสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่ในอดีตสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 เดือนเป็นต้นไป
3. การทำงานล่วงเวลา หมายถึง การทำงานนอกเหนือหรือเกินเวลาทำงานปกติ หรือเกินชั่วโมงทำงานในแต่ละวัน หรือทำงานในวันหยุดประจำสัปดาห์ วันหยุดตามประเพณี หรือวันหยุดอื่นตามที่คณะกรรมการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยกำหนด

4. ความเครียด หมายถึง สภาวะที่บุคคลไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวต่อสภาพและเหตุการณ์แวดล้อมที่มากกระทบ จนส่งผลต่อความคิดและกระบวนการตัดสินใจ เกิดผลลบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

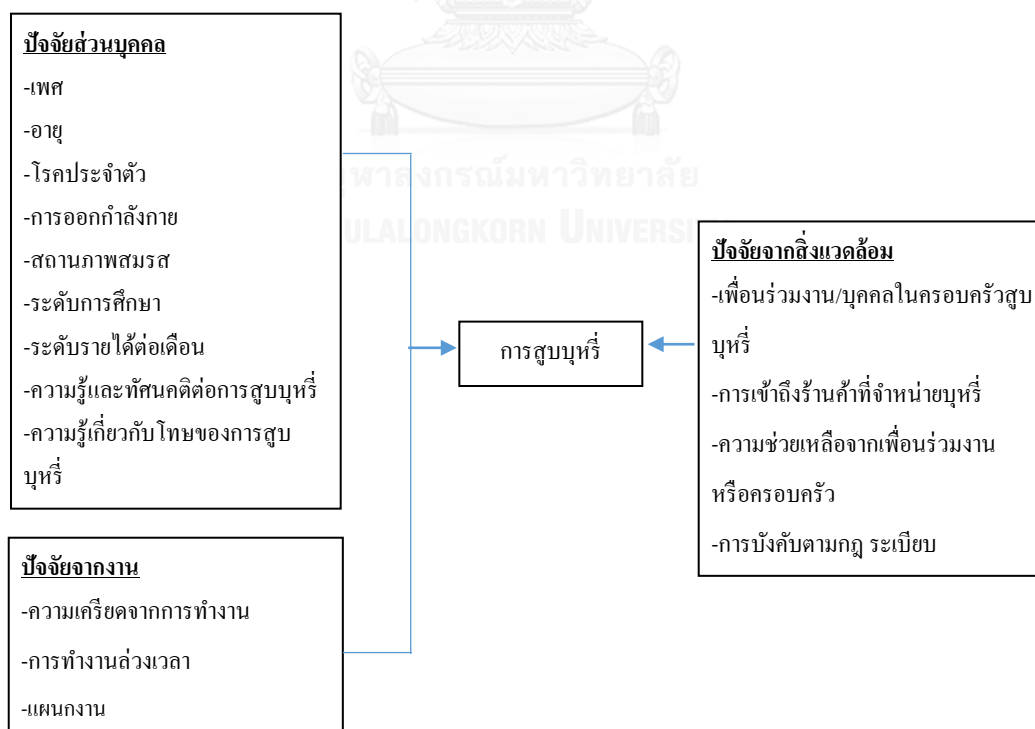
5. การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

6. กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายใดๆที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหลายซึ่งจำเป็นต้องใช้พลังงาน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมขณะทำงาน กิจกรรมการเดินทาง กิจกรรมการสันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ และกิจกรรมที่อยู่กับที่ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับเบา เช่น การยืน นั่ง นอน ระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การยกของเบาๆ และระดับหนัก เช่น การยกของหนัก การขุด หรือการก่อสร้าง

1.10 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ผู้สูบบุหรี่ รมรงค์และส่งเสริมบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นต้นแบบทางสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปได้ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ต่อไป

1.11 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น สามารถแบ่งตามลักษณะการใช้งานได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน และไม่มีควัน มีรายละเอียดดังตารางที่ 2.1⁽²⁶⁾

ตารางที่ 2. 1 แสดงประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน	ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน
1. บุหรี่โรงงาน ซึ่งอาจจะมีชื่อเรียกอื่น เช่น บุหรี่ซอง สามารถแบ่งได้เป็น บุหรี่ที่มีก้านกรองและบุหรี่ที่ไม่มีก้านกรอง	เช่น ยาเส้นที่นำมาผสมในหมากหรือพลูสำหรับเคี้ยว ยานัตถุที่ใช้สำหรับสูดเข้าจมูก บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น
2. บุหรี่มวนเอง เป็นบุหรี่ที่ผู้สูบสามารถมวนเองได้โดยมียาเส้นเป็นส่วนประกอบภายใน	
3. ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่นๆ เช่น ชิการ์ ยาสูบที่ต้องสูบผ่านน้ำ ไปป์ เป็นต้น	

2.2 ผลต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่

บุหรี่ 1 มวนเมื่อเกิดการเผาไหม้จะก่อให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิดแต่ที่ทราบคุณสมบัติทางชีวเคมีและผลกระทบต่อสุขภาพมีเพียงไม่กี่ชนิด เช่น ทาร์ นิโคติน สารจำพวกกรดและฟีนอล สารจำพวกอัลดีไฮด์และคีโตน และอื่นๆอีกหลายชนิด และมีสารเคมี 42 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง^(2, 3, 27, 28)

สารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่

-นิโคติน เป็นสารที่พบในใบยาสูบเท่านั้นและเป็นสารสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสพติดและทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

-ทาร์ ประกอบด้วยสารหลายชนิด มีลักษณะเป็นละอองของเหลวเหนียวสีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดิน ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง ก่อให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

-คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับก๊าซที่พ่นออกจากท่อไอเสียรถยนต์ ซึ่งก๊าซนี้จะแย่งกับก๊าซออกซิเจนซึ่งเป็นก๊าซที่มนุษย์ใช้หายใจ ทำให้เม็ดเลือดแดงจับก๊าซออกซิเจนได้ลดลงส่งผลให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการมึนงง หงุดหงิด และเสียชีวิตได้

-ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นสารพิษทำลายเยื่อหลอดเลือดส่วนปลายและผนังถุงลมทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง

-ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหลอดเลือดส่วนปลายและถุงลม ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

-แอมโมเนีย เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก ไอเรื้อรัง

-สารกลุ่มโพสโซคลิกอโรมาติกไฮโดรคาร์บอน ตัวที่พบมากที่สุดคือ เบนโซ-(เอ)-ไพรีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง

-ไซยาไนด์ เป็นสารเบื่อหนู มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเป็นสารก่อมะเร็ง

-อะซิโตน ทำให้เกิดอาการมึนงง ระคายเคืองต่อเยื่อตา จมูก และทางเดินหายใจ และทำให้เซลล์ตับตายได้

-แคดเมียม ระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดอักเสบ และมะเร็งปอดได้

-ฟอร์มาลดีไฮด์ ระคายเคืองต่อเยื่อตา จมูก และทางเดินหายใจ และเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย

-สารกัมมันตภาพรังสี คาร์บอนที่มีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งปอด

ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดผลเสียต่างๆต่อร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ดังนี้

โรคหัวใจและหลอดเลือด

การสูบบุหรี่กระตุ้นการอักเสบของผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นและหลอดเลือดตีบลง ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเกิดความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณอวัยวะที่สำคัญต่างๆของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย⁽²⁾ โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 5 เท่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 1 ปี สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจได้ครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ และความเสี่ยงจะค่อยๆลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อหยุดบุหรี่ได้ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁹⁾ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ประมาณ 1.2-1.5 เท่า ซึ่งความเสี่ยงนี้ยังคงเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่มือสองอีกด้วย^(30, 31)

โรคระบบทางเดินหายใจ

การสูบบุหรี่ทำลายทางเดินหายใจและถุงลมทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ โดยผู้ที่สูบบุหรี่นั้นมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 12 เท่า สำหรับในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด การสูบบุหรี่จะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น และยังเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปอดอีกด้วย⁽²⁾ โดยผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 14 มวนต่อวัน จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 8 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 25 มวนต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอดสูงขึ้นไปถึง 25 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่มีผลดีต่อสมรรถภาพปอดทุกระยะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 12 ชั่วโมง ทำให้ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดลดลงและการหายใจดีขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1-9 เดือนเป็นต้นไป⁽²⁹⁾

โรคทางเดินอาหารและลำไส้

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และยังทำให้แผลหายช้ากว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^(3, 32) และยังมีเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเป็น 1.74 เท่าในผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน และ 1.32 เท่าในผู้ที่เคยสูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย⁽³³⁾

โรคมะเร็ง

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งหลายชนิด ได้แก่มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งในช่องปาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งไตและท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อนและมะเร็งกระเพาะอาหาร เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เป็น 1.23 และ 1.24 เท่า ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาจนหายแล้ว การงดการสูบบุหรี่ช่วยลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุและช่วยทำให้พยากรณ์โรคดีขึ้นด้วย⁽²⁾ การหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 ปีเป็นต้นไปจะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้สูบบุหรี่ และจะลดความเสี่ยงได้มากกว่าร้อยละ 90 หากหยุดได้ก่อนอายุ 30 ปี อย่างไรก็ตามความเสี่ยงต่อการมะเร็งปอดยังคงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แม้จะหยุดมานานกว่า 20 ปี⁽²⁹⁾

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชายและการตั้งครรภ์ในเพศหญิง เช่น ทำให้เสี่ยงต่อการท้องนอกมดลูก มารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังส่งผลต่อโรคเบาหวานทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากขึ้น และยังส่งผลต่อโรคฟัน และโรคตาเป็นต้น⁽²⁾

2.3 การสูบบุหรี่กับการทำงาน

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ที่สูบหรือผู้ที่ได้รับควันแล้ว ยังมีผลต่อการทำงานอีกด้วย เช่น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อโรคผิวหนังอักเสบบ่อยกว่า และรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยปริมาณการสูบบุหรี่นั้น มีผลต่อความรุนแรงของโรคผิวหนังอักเสบด้วย เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ไม่ได้สวมถุงมือขณะสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสสัมผัสสารระคายเคืองต่างๆ มากขึ้น⁽³⁴⁻³⁶⁾

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เสี่ยงต่อการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างอีกด้วย โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการปวดหลังเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 1.79 เท่า เสี่ยงต่อการปวดหลังจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ 2.14 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนรับการรักษาอาการปวดหลังเป็น 1.49 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย⁽³⁷⁾

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานแล้ว การสูบบุหรี่ยังทำให้สูญเสียผลิตภาพการทำงานของผู้ที่สูบบุหรี่จากการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการสูบบุหรี่ขณะเวลาปฏิบัติงานอีกด้วย จากการศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบันและผู้ที่เคยสูบบุหรี่ จะมีสัดส่วนการขาดงานมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 33 และร้อยละ 14 ตามลำดับ โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระยะเวลาขาดงานมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 3 วันต่อปี ซึ่งผลจากการขาดงานนี้คิดเป็นต้นทุนจากการขาดงานถึง 1.4 พันล้านยูโร ในปี ค.ศ. 2011⁽³⁸⁾

การสูบบุหรี่มิได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและต้นทุนของสถานประกอบการเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อการใช้บริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ด้วย จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการใช้บริการรักษาแบบฉุกเฉินและต้องได้รับการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และมีต้นทุนการใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2,056 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี⁽³⁹⁾

2.4 สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการสำรวจในประเทศไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวน 11.4 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.7 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 19.9 โดยพบว่ากลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเยาวชน ตามลำดับ⁽⁴⁰⁾

จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเป็นอันดับที่ 2 รองจากการดื่มสุรา และในปีเดียวกัน การศึกษาภาวะโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ พบว่ามีผู้เสียชีวิต

จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปเป็นจำนวน 50,710 คน หรือประมาณร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมด ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 11,895 คน ต่อมาคือโรคมะเร็งปอด จำนวน 11,742 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 11,666 คน และโรคมะเร็งอื่นๆ จำนวน 7,244 คน⁽⁴⁾ ซึ่งต่อมาผลการสำรวจภาวะโรคในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเหล่านี้เพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 17,700 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 38,000 คน และโรคมะเร็งหลอดลมและปอด จำนวน 17,000 คน⁽⁴¹⁾

จากการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้น 52,189 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.54 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ 10,137 ล้านบาท หรือร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,063 ล้านบาท หรือร้อยละ 2 การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 370 ล้านบาท หรือร้อยละ 0.7 และการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วย 147 ล้านบาท หรือร้อยละ 0.3 เมื่อเทียบกับมูลค่าทางเศรษฐกิจของยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบบมีเพียงประมาณ 50,889 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.53 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ จะเห็นได้ว่ายังมีความสำคัญที่ต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อลดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่⁽⁴⁾

2.5 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

กฎหมายสาธารณสุขที่ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย มี 2 ฉบับ คือ

2.5.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

เนื่องด้วยปัจจุบันเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ว่า คิวนิบหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงดังที่ได้กล่าวไปในเบื้องต้น โดยเฉพาะกรณีของผู้สูดควันนั้นเป็นเด็ก จึงได้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพเพื่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่ หรือจัดเป็นเขตสูบบุหรี่ไว้โดยเฉพาะ หรือโดยวิธีอื่น ๆ กำหนดสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่และกำหนดบทลงโทษหากไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติกฎหมายนี้⁽²⁰⁾ โดย ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2533 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพ

ของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่
 สาธารณะให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด⁽¹⁹⁾

2.5.2 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

กฎหมายฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อควบคุมการขาย การโฆษณา และการกระทำ
 ต่างๆที่จะทำให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างแพร่หลาย รวมถึงได้กำหนดบทลงโทษด้วยการมี
 การฝ่าฝืน⁽³⁾ เช่น ห้ามขาย แลกเปลี่ยน หรือให้บุหรี่แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หากฝ่าฝืนมีโทษ
 จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เป็นต้น

2.6 ความชุกของการสูบบุหรี่ในบุคลากรทางการแพทย์และผลกระทบ

มีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ในนักศึกษาแพทย์
 นักศึกษาทันตแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล พบว่าความชุกของนักศึกษาที่สูบบุหรี่มีความ
 แตกต่างกันตามประเทศที่ศึกษาโดยมีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 30⁽⁴²⁻⁴⁵⁾ โดยประเทศที่พบ
 ความชุกของการสูบบุหรี่น้อยในนักศึกษากลุ่มดังกล่าวคือประเทศอินเดีย⁽⁴³⁾ และประเทศ
 สาธารณรัฐประชาชนลาว⁽⁴⁶⁾ ซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 9 และร้อยละ 5 ตามลำดับ นอกจากนี้
 การศึกษายังพบว่านักศึกษาที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะยอมรับนโยบายปลอดบุหรี่ การห้ามขายบุหรี่
 แก่วัยรุ่น และนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่มีความ
 ตระหนักถึงบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบ
 อีกด้วย⁽⁴⁷⁾

ทั้งที่บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ในระดับดีมาก
^(11, 14) และมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่⁽⁸⁻¹⁰⁾ โดยร้อยละ 30 ของผู้
 ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบได้จากความช่วยเหลือของบุคลากรทางการแพทย์⁽⁹⁾ มีการศึกษาจำนวน
 มากที่ศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ในแพทย์และพยาบาล พบว่ามีสัดส่วนแตกต่างกันตาม
 การศึกษาตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่พยาบาลมีความชุกของการสูบบุหรี่มากกว่า
 แพทย์⁽¹¹⁻¹⁶⁾ มีเพียงการศึกษาของประเทศจอร์แดนและประเทศอาร์เมเนียซึ่งพบว่าแพทย์มีสัดส่วน
 การสูบบุหรี่มากกว่าพยาบาล^(12, 48) ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือต่อการปฏิบัติงานของแพทย์และ
 พยาบาลซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพต่อผู้ที่สูบบุหรี่⁽⁴⁸⁾ เนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่มีทัศนคติที่ไม่
 ยอมรับนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และมีแนวโน้มที่จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่อีกด้วย
^(10, 11, 17)

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลจำนวนมากจึงดำเนินการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ เช่น

- การศึกษาการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลหนองงูศรี พบว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวน 12 คนจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้งหมด 147 คน คิดเป็นร้อยละ 8.16 โดยบุคลากรที่สูบบุหรี่มีตำแหน่งดังนี้ คนสวน 3 ราย พนักงานขับรถ 2 ราย พนักงานรักษาความปลอดภัย 2 ราย พยาบาล 1 ราย คนงาน 1 ราย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 ราย ลูกมือช่าง 1 ราย และแพทย์ 1 ราย⁽²³⁾
- การสำรวจบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ “โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปลอดบุหรี่ 100%” พบว่าบุคลากรที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ คนงาน รองลงมาคือพนักงานแปล⁽²¹⁾
- การสำรวจบุคลากรโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดจำนวน 242 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 8.68⁽⁴⁹⁾
- การสำรวจ “ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์” พบว่าบุคลากรจำนวน 1,405 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 44 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.1 และนักศึกษาแพทย์ จำนวน 500 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 4 คน หรือร้อยละ 0.8⁽²⁴⁾

แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการยังคงมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ จึงทำให้ผลการดำเนินการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย^(22, 50-52) ได้แก่ ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัดทำให้การจัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ มีกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ วงสุมความเครียดจากเศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่ ความง่วงขณะขึ้นเวร ขาดการกระตุ้นเตือนเตือนจากเพื่อน ครอบครัวยุคใหม่หรือผู้บริหาร ไม่มีการให้กำลังใจขณะเลิกบุหรี่ ไม่มีกิจกรรมกลุ่ม ขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์

2.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ปัจจัยส่วนบุคคล

1.เพศ

ผลจากหลายการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง^(12, 43, 46) สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพบความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน โดยในช่วง 22 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 พบว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงมาตลอดและมีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าเพศหญิงในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยในปีพ.ศ. 2556 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 95 ในขณะที่เพศหญิงพบเพียงร้อยละ 5⁽⁴⁾

2. กลุ่มอายุ

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุเป็น กลุ่มอายุ 15-24 ปี, 25-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไปพบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 25-59 ปี^(4, 53)

3. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

จากการสำรวจปี พ.ศ. 2554 ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ในปัจจุบันพบว่าเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีและเริ่มสูบเป็นประจำเมื่ออายุ 19 ปี โดยเพศชายจะเริ่มสูบเมื่ออายุน้อยกว่าเพศหญิง โดยเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีและเริ่มสูบเป็นประจำเมื่ออายุ 19 ปี ในขณะที่เพศหญิง อายุที่เริ่มสูบบุหรี่และเริ่มสูบเป็นประจำช้ากว่าเพศชาย 3 ปี⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในกลุ่มเยาวชนพบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกน้อยที่สุด คือ 7 ปี⁽⁵⁴⁾

4. ความรู้ ทักษะและการรับรู้

จากการสำรวจปี 2554 พบว่าคนไทยมีความรู้ในระดับดี คือมากกว่าร้อยละ 90 รู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่ อันตรายนจากการได้รับควันบุหรี่ของผู้อื่น และบุหรี่เป็นสารเสพติด นอกจากนี้จากการศึกษาเดียวกันพบว่าร้อยละ 34.3 ของกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่อาศัยในชนบท และผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ยังคงมีความเชื่อว่าบุหรี่มวนเองมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่โรงงาน⁽⁵³⁾

จากการศึกษาในพยาบาลในประเทศไทยพบว่าพยาบาลที่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 64 ที่เห็นด้วยว่า “การสูบบุหรี่เป็นความเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่เห็นด้วยร้อยละ 89 นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในความเห็นที่ว่า “การเลิกสูบบุหรี่ทำให้มีอายุยืนขึ้น” โดยพบว่าพยาบาลที่สูบบุหรี่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 35 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ที่เห็นด้วยร้อยละ 53⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนจังหวัดชัยภูมิที่พบว่าเยาวชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่⁽⁵⁴⁾

5. ระดับการศึกษา

จากการศึกษาในเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพจะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

ตอนต้นและตอนปลายซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากระบบการเรียนการสอนของนักศึกษาในสังกัด อาชีวศึกษาซึ่งมีอิสระในการเรียนรู้มากกว่าการเรียนในสายสามัญจึงทำให้พบสัดส่วนของการสูบบุหรี่มากกว่า⁽⁵⁴⁾ นอกจากนี้การศึกษาในนิตยสารปริญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่าผู้ที่เรียนชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เรียนในชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2⁽⁵⁵⁾

จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2554 พบว่าสัดส่วนของการสูบบุหรี่ลดลงเมื่อมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น โดยร้อยละ 14.3 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีการศึกษาดต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 10.5 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 9.6 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 4.9 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา⁽⁵³⁾

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด

การศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าการมีเพื่อนสนิทหรือมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ทำให้มีการสูบบุหรี่มากขึ้น^(54, 56, 57) ซึ่งอธิบายได้จากการที่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ชวนให้สูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคมและเพื่อให้ได้รับการยอมรับ อีกทั้งการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่จะเพิ่มโอกาสที่จะสูบบุหรี่ถึง 3.74 เท่า

บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่สูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากการเห็นการสูบบุหรี่เป็นประจำจะถือว่าเป็นเรื่องปกติจึงได้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ⁽⁵⁸⁾

2. การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิพบว่าการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆมีผลต่อการสูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีผลต่อค่านิยมของเยาวชน ทำให้เกิดการเลียนแบบและเข้าใจผิด อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงได้ง่ายจากวิธีการส่งเสริมการขายด้วยวิธีต่างๆ เช่น การแบ่งขาย จำหน่ายบุหรี่ราคาถูก เพิ่มความหลากหลาย เป็นต้น^(54, 56, 57)

ปัจจัยจากด้านการทำงาน

1. ความเครียด

จากการศึกษาในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 50 ของผู้ที่สูบบุหรี่⁽⁵⁹⁾ และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความเครียดจากการทำงานมีผลต่อการสูบบุหรี่ด้วยซึ่งพบว่าคนที่สูบบุหรี่มีความเครียดจากการทำงานมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 1.11 เท่า⁽⁶⁰⁾

2.การทำงานเป็นกะ

จากผลการศึกษาในประเทศโปแลนด์ ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นกะ และการสูบบุหรี่ ถึงแม้จะมีการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ทำงานกะดีก็มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ 1.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานเพียงกะเช้า ความถี่ของการทำงานกะดีที่มากกว่า 8 เวรต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่เป็น 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานเพียงกะเช้า⁽⁶¹⁾ แต่การศึกษาต่อมาซึ่งทำการศึกษาในประเทศเดียวกัน ทำการศึกษาในกลุ่มแรงงาน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นกะและการสูบบุหรี่⁽⁶²⁾

2.8 สาเหตุการติดบุหรี่

สาเหตุของการติดบุหรี่สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีแนวทางการเลิกบุหรี่ที่แตกต่างกันไป ดังนี้^(63, 64)

1.ภาวะเสพติดทางสังคมหรือความเคยชิน

ผู้ที่สูบบุหรี่กลุ่มนี้มักจะสูบบุหรี่ร่วมกับกิจกรรมบางอย่างซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน เช่น การดื่มกาแฟ การดูทีวี การดื่มสุรา การสังสรรค์ ดังนั้นการเลิกบุหรี่ในกลุ่มนี้จำเป็นต้องสังเกตว่ามีกิจกรรมใดที่สูบบุหรี่บ้าง เพื่อการระงับขณะทำกิจกรรมเหล่านั้น

2.ภาวะเสพติดทางจิตใจ

ซึ่งเกิดจากความเชื่อหรือความรู้สึก ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้มักจะสูบบุหรี่เมื่อเกิดความเครียดหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น เมื่อเกิดอาการตื่นเต้น หวาดกลัว โศกเศร้า การเลิกบุหรี่ในกลุ่มนี้จึงควรสังเกตว่าตนเองจะสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในอารมณ์ใดบ้างเพื่อเลี่ยงอารมณ์นั้นโดยอาจใช้สิ่งอื่นทดแทนการสูบบุหรี่ร่วมด้วย

3.ภาวะเสพติดนิโคติน

ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้ถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็น ขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่ทำให้สบายใจ ลดความกังวล และหากไม่ได้สูบบุหรี่ จะเกิดอาการขาดนิโคติน ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ โดยอาการขาดนิโคตินสามารถเกิดได้ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ แต่โดยทั่วไปจะมีอาการเมื่อหยุดสูบ 24 – 48 ชั่วโมง และอาการจะเริ่มลดลงเมื่อหยุดสูบบุหรี่นานตั้งแต่ 1 อาทิตย์เป็นต้นไป ดังนั้นการเลิกบุหรี่ในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความตั้งใจมาก และต้องมีการเตรียมตัวรองรับอาการขาดนิโคติน สำหรับผู้ที่มีอาการติดนิโคตินมากควรได้รับยาาร่วมด้วย

สำหรับการประเมินการติดนิโคตินนั้นสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถาม Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ดังนี้

1. คุณสูบบุหรี่หรือมวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
 - สูบทันทีหลังตื่นนอน/ภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)
 - สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาทีแต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
 - สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
 - สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)
 2. คุณรู้สึกอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบเป็นระยะเวลาาน เช่น ในห้องสมุดหรือโรงพยาบาล
 - หงุดหงิด อึดอัด (1 คะแนน)
 - เฉย ๆ (0 คะแนน)
 3. ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
 - มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
 - มวนไหน ๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)
 4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
 - 21-30 มวน (2 คะแนน)
 - 11-20 มวน (1 คะแนน)
 - ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)
 5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่น ๆ ของวันใช่หรือไม่
 - ใช่ (1 คะแนน)
 - ไม่ใช่ (0 คะแนน)
 6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
 - ต้องการ (1 คะแนน)
 - ไม่ต้องการ (0 คะแนน)
- การประเมินผลประเมินจากคะแนนรวม ดังนี้
- มากกว่า 6 เป็นผู้ติดบุหรี่มาก (ติดนิโคติน)
 - 5-6 เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง
 - 0-4 เป็นผู้ติดบุหรือน้อย

2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่

ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านสรีระและจิตสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้^(10, 65-67)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

- เพศ ยังคงมีความขัดแย้งในการศึกษาต่างๆ สำหรับในประเทศไทยพบว่าเพศหญิงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าเพศชาย
- อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุยิ่งมากมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากขึ้น
- สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีการศึกษาสูง อาชีพรับราชการและมีการทำงานมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จได้มากขึ้น และผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการอยู่อาศัยจะมีความต้องการเลิกบุหรี่ยิ่งกว่าผู้ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีความสะดวกสบาย
- สถานภาพสมรส สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีสถานภาพสมรสมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้สูงกว่า
- แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับควันบุหรี่มือสอง การมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน การไม่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสนับสนุนการเลิกบุหรี่

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่

- อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ยิ่งเร็ว จะยิ่งเลิกบุหรี่ยาก
- การติดยาเสพติด พบว่ายิ่งระดับการติดยาเสพติดมากจะยิ่งเลิกยาก โดยจะมีเพียงร้อยละ 40 ของผู้ที่มีคะแนนการติดยาเสพติดมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่
- จำนวนครั้งที่เลิกสูบบุหรี่และระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ พบว่าจำนวนครั้งของการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายโอกาสการเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่หากยิ่งเลิกได้นาน จะมีแนวโน้มเลิกบุหรี่ได้มากกว่า
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับประเทศไทยพบว่าคนที่ไม่ดื่มสุราและผู้ดื่มไม่บ่อยมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่า

ปัจจัยด้านสรีระและจิตสังคม

- ความพร้อมและความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ 1.99 เท่า
- ภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด จากการศึกษาพบว่าหากผู้ที่สูบบุหรี่ไม่มีภาวะเหล่านี้จะสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่า
- โรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่า
- การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำถึง 3 เท่า และมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำร้อยละ 30
- การได้รับสื่อต่างๆที่บรรยายถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ เช่น รูปภาพ โฆษณา เป็นต้น โดยผู้ที่ได้รับสื่อเหล่านี้บ่อยครั้งจะมีความต้องการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ค่อยได้รับหรือไม่ได้รับเลย
- การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย ป้องกันโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เด็กได้ เป็นต้น

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

3.2 ประชากรและตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Population)

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3.2.2 ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

เจ้าหน้าที่สังกัดสภากาชาดไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อยู่ในปัจจุบัน จากข้อมูลฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สํารวจ ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 มีผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัดสภากาชาดไทยทั้งสิ้น 6,937 คน แบ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำ จำนวน 5,860 คน และ ลูกจ้างประจำ จำนวน 1,027 คน

3.2.3 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สังกัดสภากาชาดไทยในปัจจุบัน

3.2.4 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

บุคคลที่มีอาการป่วยทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

3.2.5 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

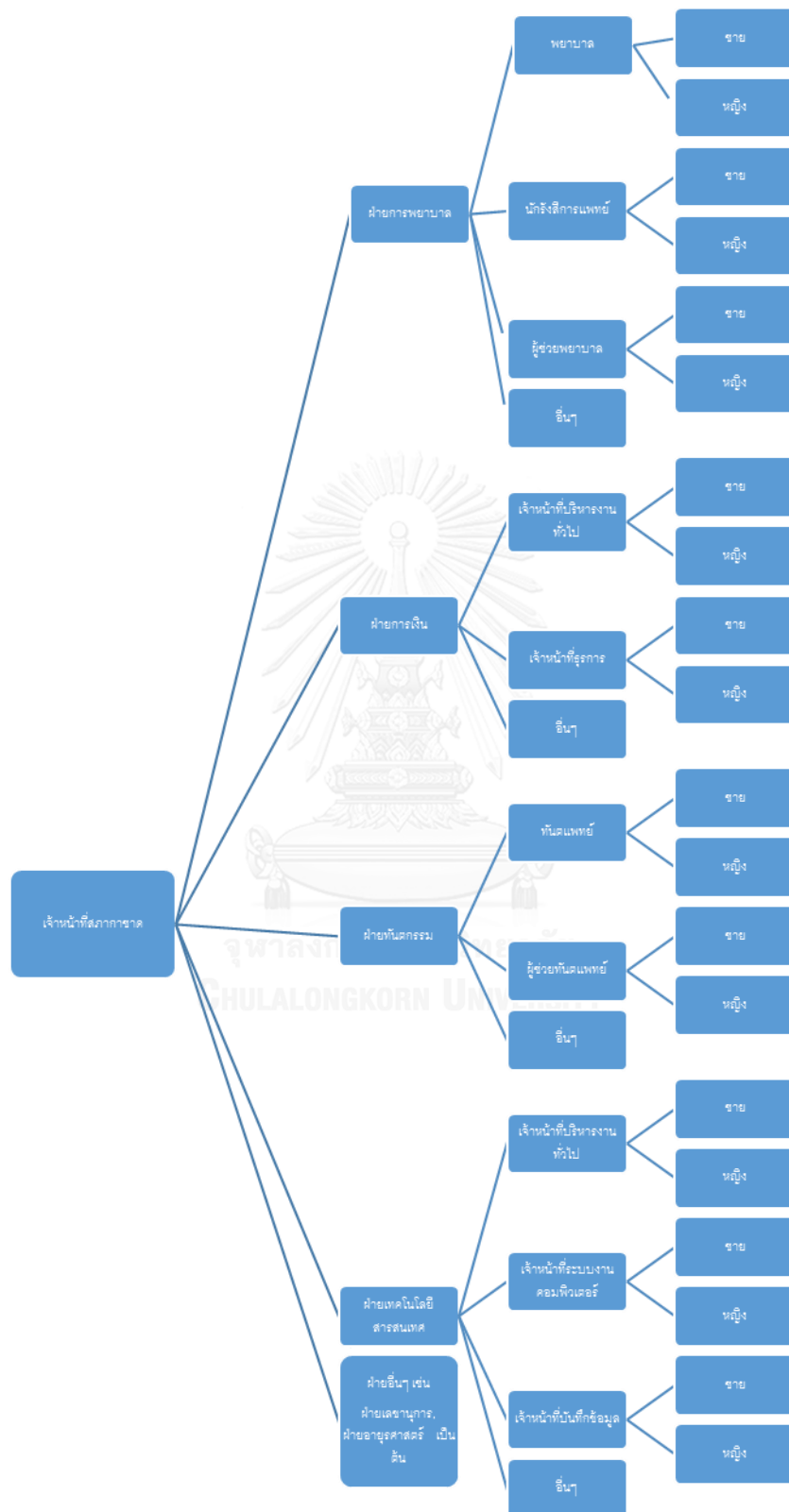
ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยการจำแนกเป็นฝ่ายต่างๆตามโครงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งจัดทำโดยงานวิเคราะห์อัตรากำลังและระบบงาน ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ดังภาพที่ 1 จากนั้นจึงจำแนกแต่ละฝ่ายตามประเภทเจ้าหน้าที่ สุดท้ายจึงแยกตามเพศ เป็นเพศชายและเพศหญิง หลังจากได้จำนวนทั้งหมดในแต่ละชั้นภูมิ ผู้วิจัยจะกำหนดชุดหมายเลขประจำตัวสำหรับการสุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่แต่ละคนเพื่อทำการสุ่มมาเป็นจำนวนร้อยละ 30 ในแต่ละชั้นภูมิ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังภาพที่ 2 โดยหากชั้นภูมิใดที่คำนวณตัวอย่างได้จำนวนน้อยกว่า 20 คน ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในแผนกเพื่อเข้าร่วมการศึกษา เมื่อได้รายชื่อผู้ได้รับเชิญในแต่ละฝ่าย ผู้วิจัยจะทำการประสานงานแต่ละฝ่ายเพื่อกำหนดวัน เวลาและสถานที่ที่

ผู้วิจัยจะขออนุญาตทำการชี้แจงรายละเอียดการศึกษา และแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ได้รับเชิญแต่
 ละคนในแต่ละฝ่าย

ภาพที่ 3. 1 แสดงโครงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ภาพที่ 3. 2 แสดงวิธีการสุ่มคัดเลือกอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย



3.2.6 ขนาดตัวอย่าง และการคำนวณ

กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยที่ตัวแปรตามของการศึกษานี้ คือ สัดส่วนการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จากการศึกษารายชื่อของโรงพยาบาลหนองงูศรี พบว่ามีสัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 8.16⁽²³⁾ เมื่อคำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{D^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

กำหนดให้

N = ขนาดของประชากร

α = ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1

P = ค่าสัดส่วนของบุคลากรที่สูบบุหรี่

Z = ค่าคะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด

D = ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมรับได้

โดยกำหนดให้ความน่าจะเป็นของ type I error เท่ากับ 0.05 และมีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 20 ของค่าสัดส่วน เท่ากับ $0.2(8.16) = 1.63$ จำนวนจำนวนตัวอย่างที่ต้องการได้ 936 คน เมื่อคำนวณอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 50 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ต้องการสำหรับการศึกษานี้คือ 1,872 คน

เมื่อได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการสำหรับการวิจัย ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิต่อไป โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

กำหนดให้

n_h = ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

N_h = ขนาดประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = ขนาดประชากรทั้งหมด

n = ขนาดตัวอย่างทั้งหมด

3.3 ตัวแปร

ตัวแปรต้นที่ศึกษาสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากงาน และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้ ทักษะติดต่อการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่

ปัจจัยจากงาน

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความเครียดจากการทำงาน การทำงานล่วงเวลา และแผนกงาน

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน/บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การเข้าถึงร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว หรือผู้เชี่ยวชาญ และการบังคับตามกฎหมาย ระเบียบ

สำหรับตัวแปรตามของการศึกษานี้ คือ การสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัดสภากาชาดไทย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสำรวจครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นมาจาก การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และงานวิจัยที่ทำมาก่อนหน้า ได้แก่

-แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ทักษะคติ และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ ของ นนทรี สัจจาธรรม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81⁽⁶⁷⁾

-แบบสอบถามประเมินการติดยาโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence โดยมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.58-0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.55-0.71⁽⁶⁸⁾

-แบบสอบถามที่สร้างโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ⁽⁶⁹⁾

โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การออกกำลังกาย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ/แผนก ระดับการศึกษา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รายได้ต่อเดือน และการสูบบุหรี่ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีคำตอบ 2 รูปแบบ คือ ทราบ และไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ประวัติการสูบบุหรี่

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ระยะเวลาการสูบบุหรี่ สาเหตุที่สูบบุหรี่ ปริมาณที่สูบ สถานที่ที่สูบบุหรี่ การได้มาของบุหรี่ และอีก 5 ข้อ เป็นคำถามเพื่อประเมินการติดยาโคตินตามแบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence โดยมีการแปลผลดังนี้ มากกว่า 6 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มติดยาโคตินมาก คะแนนระหว่าง 5-6 จัดอยู่ในกลุ่มติดยาโคตินปานกลาง และน้อยกว่า 4 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มติดยาโคตินน้อย

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยมีรูปแบบการประเมินค่า 2 คำตอบ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกบุหรี่

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ประเมินความตั้งใจการเลิกบุหรี่ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกสูบบุหรี่ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ประเมินความสามารถตนเองต่อการเลิกบุหรี่ การได้รับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่สำเร็จ วัตถุประสงค์ที่ทำให้เลิกบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

-ผู้วิจัยขอข้อมูลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัดสภากาชาดไทย จากฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

-ผู้วิจัยสุ่มเลือกเจ้าหน้าที่ตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

-ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อเก็บข้อมูล การวิจัย

-ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยผู้วิจัยจะทำการประสานงานแต่ละฝ่ายเพื่อกำหนดวัน เวลาและสถานที่ที่ผู้วิจัยจะขออนุญาตทำการชี้แจงรายละเอียดการศึกษา และแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ได้รับเชิญแต่ละคนในแต่ละฝ่าย หลังจากผู้ได้รับเชิญยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจะทำการแจกแบบสอบถาม และทำการเก็บแบบสอบถามภายใน 1 อาทิตย์หลังจากแจกแบบสอบถามโดยทำการนัดหมายกับอาสาสมัครผู้วิจัยใช้เวลารวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 2 เดือน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมดที่สมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science) version 20 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังต่อไปนี้

-ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ทำงาน นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ

-วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างกลุ่ม เช่น คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติ unpaired t-test หากทำการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม และหากมีมากกว่า 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยจะใช้สถิติ one-way ANOVA ซึ่งหากพบว่ามี ความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบแต่ละคู่ด้วย Bonferroni test ต่อไป

-วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square เช่น การได้รับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ การออกกำลังภายในแต่ละกลุ่ม

-วิเคราะห์ความชุกโดยการนำจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดทั้งที่สูบบุหรี่และไม่ได้สูบบุหรี่ โดยทำการวิเคราะห์ทั้งภาพรวมของโรงพยาบาลและแยกแผนก

-การแปลผลระดับการตัดสินใจของคนที่สูบบุหรี่

จากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัครผู้วิจัยจะคิดคะแนนข้อที่ 4 ข้อที่ 7 ข้อที่ 8 ข้อที่ 9 ข้อที่ 10 และข้อที่ 11 ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 มารวมกันและแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน ดังนี้⁽⁶⁴⁾

- มากกว่า 6 เป็นผู้ติดบุหรี่มาก (ตัดสินใจดี)
- 5-6 เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง
- 0-4 เป็นผู้ติดบุหรี่น้อย

-การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ผู้วิจัยคิดคะแนนดังนี้ หากอาสาสมัครตอบแบบสอบถามว่า “ทราบ” จะได้ 1 คะแนน และหากตอบว่า “ไม่ทราบ” จะได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ ผู้วิจัยจะแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน ตามการศึกษาก่อนหน้าของเสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรัลกุล ดังนี้

(70)

ตารางที่ 3. 1 แสดงการแบ่งระดับความรู้ตามระดับคะแนน

คะแนนร้อยละ	ระดับความรู้
มากกว่าร้อยละ 80	มาก
ร้อยละ 60-79	ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	น้อย

-การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ผู้วิจัยจะแบ่งคำถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็น 2 กลุ่ม คือ ทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 13 ข้อ 15 และข้อ 16 ของแบบสอบถามส่วนที่ 4 และคำถามข้อที่เหลือจะเป็นทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ โดยคิดคะแนนดังนี้ หากอาสาสมัครตอบแบบสอบถามว่า “เห็นด้วย” จะได้ 1 คะแนน และหากตอบว่า “ไม่เห็นด้วย” จะได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดแล้วจะนำมาเฉลี่ยรวมคิดเป็นร้อยละต่อไป ผู้วิจัยจะแปลผลแบ่งเป็น 5 กลุ่มตามระดับคะแนน โดยปรับวิธีคิดคะแนนจากการศึกษาก่อนหน้าของเสาวลักษณ์ ลักษมีจรัลกุล⁽⁷⁰⁾ ซึ่งแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยมาเป็นการคิดแบบร้อยละ ดังนี้

ตารางที่ 3. 2 แสดงการแบ่งระดับทัศนคติตามระดับคะแนน

คะแนนร้อยละ	ทัศนคติ
มากกว่าร้อยละ 91	ดีมาก
ร้อยละ 71-90	ดี
ร้อยละ 51-70	ปานกลาง
ร้อยละ 31-50	ไม่ดี
น้อยกว่าร้อยละ 30	ไม่ดีที่สุด

-การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มที่สูบบุหรี่ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ผลการดำเนินการเก็บข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาล มีฝ่ายที่ตอบรับให้เก็บข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 40 ฝ่าย จากทั้งหมด 57 ฝ่าย ฝ่ายที่ไม่ได้รับการตอบกลับ ได้แก่ ฝ่ายบริหารงานพัสดุ ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายบัญชีและงบประมาณ ฝ่ายเลขานุการ ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายจักษุวิทยา ฝ่ายปรสิตวิทยา ฝ่ายพยาธิวิทยา ฝ่ายวิสัญญีวิทยา ภาควิชาเภสัชวิทยา ภาควิชาชีวเคมี ภาควิชาสรีรวิทยา ศูนย์บริหารงานกายภาพอาศารพิเศษ ศูนย์บริหารงานระบบขนส่งกลาง ศูนย์เครื่องมือแพทย์ หน่วยกฎหมายและนิติกรรม และสำนักประสานงานโครงการ จากทั้งหมด 40 ฝ่าย มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,972 คน จากผู้ที่ได้รับเลือกทั้งหมด 3,167 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 62.3 ของทั้งหมด อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด มีจำนวนมากกว่าจำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น 1,872 คนในการศึกษานี้

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,972 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 120 คนและ 143 คนตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 6.1 และ 7.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเพศชายมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นช่วงอายุที่มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสดและสถานภาพสมรส เป็นจำนวน 917 คน (ร้อยละ 47.4) และ 852 คน (ร้อยละ 44) ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรสกับการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 3.3 ขณะที่กลุ่มที่อาศัยอยู่กับคู่ครองโดยไม่ได้สมรสมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดถึงร้อยละ 14.5 และยังพบว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับคู่ครองทั้งที่มีการสมรสหรือยังไม่ได้สมรส มีสัดส่วนผู้เคยสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่นๆที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่ครอง (ร้อยละ 10.4 และร้อยละ 14.5 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.6) โดยกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด และสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลงในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น โดยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีไม่พบผู้สูบบุหรี่เลย

ประมาณร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างมีการทำงานล่วงเวลา และกลุ่มที่มีการทำงานล่วงเวลามีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการทำงานล่วงเวลา

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันและกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ สำหรับกลุ่มระดับรายได้ที่พบว่ามีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด คือ กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน และจะพบสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มที่มีระดับรายได้สูงขึ้น

ถึงแม้ว่าปัจจัยด้านโรคประจำตัวจะไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และยังมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวอีกด้วย

การมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่ามีกลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่

ตารางที่ 4. 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถานการณสูบบุหรี่		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
เพศ* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
● ชาย (540)	302 (55.9)	113(20.9)	125 (23.1)
● หญิง (1,429)	1,404 (98.3)	7 (0.5)	18 (1.3)
● ไม่ตอบ (3)	3	0	0
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน* ^{††}	36.2 ± 9.8	38.9 ± 9.2	38.9 ± 10.1
กลุ่มอายุ* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
● ≤ 30 ปี (612)	555 (90.7)	24 (3.9)	33 (5.4)
● 31 – 40 ปี (603)	515 (85.4)	40 (6.6)	48 (8.0)
● 41 – 50 ปี (391)	329 (84.1)	33 (8.4)	29 (7.4)
● ≥ 51 ปี (182)	147 (80.8)	12 (6.6)	23 (12.6)
● ไม่ตอบ (184)	163	11	10

* p-value < 0.05, [†] chi square, ^{††} one-way ANOVA

ตารางที่ 4. 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถานะการสูบบุหรี่		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
สถานภาพสมรส*† (จำนวน (ร้อยละ))			
● โสด (917)	848 (92.5)	30 (3.3)	39 (4.3)
● ม่าย (38)	36 (94.7)	0	2 (5.3)
● สมรส อยู่ด้วยกัน (810)	656 (81.0)	70 (8.6)	84 (10.4)
● สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (42)	35 (83.3)	5 (11.9)	2 (4.8)
● ไม่ได้สมรส อยู่ด้วยกัน (83)	59 (71.1)	12 (14.5)	12 (14.5)
● หย่าร้าง (46)	44 (95.7)	0	2 (4.3)
● ไม่ตอบ (36)	31	3	2
โรคประจำตัว (จำนวน (ร้อยละ))			
● มี (346)	297 (85.8)	19 (5.5)	30 (8.7)
-เบาหวาน (25)	19 (76)	2 (8)	4 (16)
-ความดันโลหิตสูง (73)	51 (69.9)	10 (13.7)	12 (16.4)
-อื่นๆ (248)	227 (91.5)	9 (3.6)	12 (4.9)
● ไม่มี (1,490)	1,303 (87.4)	90 (6.0)	97 (6.5)
● ไม่ตอบ (136)	109	11	16
ระดับการศึกษา*† (จำนวน (ร้อยละ))			
● ต่ำกว่าปริญญาตรี (976)	768 (78.7)	99 (10.1)	109 (11.2)
● ปริญญาตรี (834)	785 (94.1)	20 (2.4)	29 (3.5)
● สูงกว่าปริญญาตรี (158)	154 (97.5)	0	4 (2.5)
● ไม่ตอบ (4)	2	1	1

* p-value < 0.05, † chi square

ตารางที่ 4. 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถานะการสูบบุหรี่		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
การทำงานล่วงเวลา* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
• มี (1,412)	1,196 (84.7)	98 (6.9)	118 (8.4)
• ไม่มี (550)	507 (92.2)	22 (4.0)	21 (3.8)
• ไม่ตอบ (10)	6	0	4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน \pm ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน* ^{††}	21,487.8 \pm	16,496.8 \pm	19,283.1 \pm
ระดับรายได้* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
• น้อยกว่า 15,000 บาท (432)	355 (82.2)	42 (9.7)	35 (8.1)
• 15,001-30,000 บาท (1,250)	1,091 (87.3)	65 (5.2)	94 (7.5)
• มากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป (128)	124 (96.9)	0	4 (3.1)
• ไม่ตอบ (162)	139	13	10
มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))			
• มี (416)	353 (84.9)	26 (6.3)	37 (8.9)
• ไม่มี (1,550)	1,354 (87.4)	93 (6.0)	103 (6.6)
• ไม่ตอบ (6)	2	1	3

* p-value < 0.05, [†] chi square, ^{††} one-way ANOVA

4.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 69.4) และมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 54.6) การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ขณะที่การดื่มสุรานั้นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มที่ดื่มสุรามีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มสุราและกลุ่มที่ไม่เคยดื่มสุรา ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4. 2 แสดงพฤติกรรมการดื่มสุราและการออกกำลังกาย จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถานะการสูบบุหรี่		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
การดื่มสุรา* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
● ไม่เคยดื่ม (1,359)	1310 (96.4)	24 (1.8)	25 (1.8)
● เคยดื่ม (301)	213 (70.4)	34 (11.3)	55 (18.3)
● ดื่มอยู่ในปัจจุบัน (299)	183 (60.9)	60 (20.1)	57 (19.1)
● ไม่ตอบ (13)	5	2	6
การออกกำลังกาย (จำนวน (ร้อยละ))			
● ไม่ออกกำลังกาย (891)	789 (88.6)	46 (5.2)	56 (6.3)
● ออกกำลังกาย (1,073)	916 (85.4)	73 (6.8)	84 (7.8)
● ไม่ตอบ (8)	4	1	3

* p-value < 0.05, [†] chi square

4.2.3 ระดับความเครียดจากงาน

บุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.8) โดยพบว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับน้อยมีส่วนที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มากที่สุด ขณะที่กลุ่มที่มีระดับความเครียดปานกลางและกลุ่มที่มีระดับความเครียดมากมีส่วนที่สูบบุหรี่และผู้เคยสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4. 3 แสดงระดับความเครียดจากการทำงาน จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ระดับความเครียด	สถานะการสูบบุหรี่		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	ผู้ที่สูบบุหรี่	ผู้ที่เคยสูบบุหรี่
ระดับความเครียด* [†] (จำนวน (ร้อยละ))			
● น้อย (709)	593 (83.6)	54 (7.6)	62 (8.7)
● ปานกลาง (1,076)	952 (88.5)	58 (5.4)	66 (6.1)
● มาก (177)	158 (89.3)	8 (4.5)	11 (6.2)
● ไม่ตอบ (10)	6 (60)	0	4 (40)

*p-value < 0.05, [†] chi square

4.2.4 ความชุกของการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จากการตอบรับทั้งหมด 40 ฝ่าย พบว่ามี 15 ฝ่ายที่มีผู้สูบบุหรี่ โดยฝ่ายที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายรังสีวิทยา และฝ่ายเภสัชกรรม เป็นจำนวน 48 คน (ร้อยละ 5.5) 44 คน (ร้อยละ 30.6) 5 คน (ร้อยละ 6) และ 5 คน (ร้อยละ 4.3) ตามลำดับ ดังตารางในภาคผนวก ก.

และจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,972 คน มีผู้สูบบุหรี่ 120 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.1 (95% CI 5.1-7.1) ไม่พบว่ามีตำแหน่งวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ที่สูบบุหรี่ ดังตารางภาคผนวก ข. โดยตำแหน่งที่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่มากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 26 คน (ร้อยละ 38.8) นักการภารโรง 13 คน (ร้อยละ 11) นายช่าง 13 คน (ร้อยละ 24) ผู้ช่วยพยาบาล 11 คน (ร้อยละ 3.6) และพนักงานรับส่งผู้ป่วย 11 คน (ร้อยละ 30.6) ดังตารางในภาคผนวก ค.

4.2.5 ความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความรู้มากเกี่ยวกับบุหรี่ โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 4.4 สำหรับข้อเท็จจริงที่ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 3 กลุ่มไม่ทราบ 2 อันดับแรก คือ บุหรี่ที่มีก้นกรองไม่ช่วยให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลง และกฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในที่เปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ดังตารางในภาคผนวก ง.

ตารางที่ 4. 4 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูบบุหรี่ (1,709)	สูบบุหรี่ปัจจุบัน (120)	เคยสูบบุหรี่ (143)
คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้	9.6 \pm 0.9	9.6 \pm 0.9	9.4 \pm 1.2
● น้อย	38 (2.3)	3 (2.5)	6 (4.3)
● ปานกลาง	143 (8.5)	7 (5.9)	13 (9.3)
● มาก	1,494 (89.2)	108 (91.5)	121 (86.4)
● ไม่ตอบ	34	2	3

สำหรับการสำรวจทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ในข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 13 ข้อ 15 และ ข้อ 16 ในส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และยังพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันมีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่อีกด้วย ถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันและเคยสูบบุหรี่จะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4. 5 แสดงทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ระดับทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูบบุหรี่ (1,709)	สูบบุหรี่ปัจจุบัน (120)	เคยสูบบุหรี่ (143)
คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน* ^{††}	20.4 \pm 21.6	28 \pm 26.9	24 \pm 24.3
ระดับทัศนคติ* [†]			
• ดีมาก	52 (3.3)	7 (5.9)	7 (5.1)
• ดี	10 (0.6)	3 (2.5)	1 (0.7)
• ปานกลาง	60 (3.8)	12 (10.2)	8 (5.9)
• ไม่ดี	167 (10.7)	15 (12.7)	16 (11.8)
• ไม่ดีที่สุด	1,274 (81.5)	81 (68.6)	104 (76.5)
• ไม่ตอบ	146	2	7

* p-value < 0.05, [†] chi square, ^{††} one-way ANOVA

สอดคล้องกับทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ เมื่อทำการสำรวจทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.7) จะมีทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 60 และร้อยละ 50.8 ตามลำดับ) และยังมีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ปัจจุบันด้วย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4. 6 แสดงทัศนคติที่ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

ระดับทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูบบุหรี่ (1,709)	สูบบุหรี่ปัจจุบัน (120)	เคยสูบบุหรี่ (143)
คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน* ^{††}	89.9 \pm 16.6	74 \pm 26.5	81.8 \pm 23.9
ระดับทัศนคติ* [†]			
● ดีมาก	1,183 (75.7)	60 (50.8)	81 (60)
● ดี	207 (13.2)	12 (10.2)	19 (14.1)
● ปานกลาง	106 (6.8)	19 (16.1)	19 (14.1)
● ไม่ดี	50 (3.2)	17 (14.4)	11 (8.1)
● ไม่ดีที่สุด	17 (1.1)	10 (8.5)	5 (3.7)
● ไม่ตอบ	146	2	8

* p-value < 0.05, [†] chi square, ^{††} one-way ANOVA

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่

4.3.1 ข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนเริ่มมาทำงานที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 94) โดยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณ 17 ปี และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เพราะอยากทดลอง (ร้อยละ 45.9) และตามเพื่อน (ร้อยละ 25.7) ดังตารางที่ 4.7

ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีระดับการติดยาโคตินน้อย (ร้อยละ 82.6) และผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนมากจะสูบบุหรี่ที่บ้าน (ร้อยละ 79.1) ลำดับต่อมาก็คือ สูบบุหรี่ที่ทำงาน (ร้อยละ 56) โดยผู้สูบบุหรี่เกือบทั้งหมดซื้อบุหรี่มาจากห้างสรรพสินค้าหรือร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 94.4) ดังตารางที่ 4.7 ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับการติดยาโคติน และไม่พบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาและปริมาณการสูบบุหรี่ ดังตารางในภาคผนวก ฉ.

ตารางที่ 4. 7 แสดงข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่

ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ (จำนวน 120 คน)	จำนวน (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	17.3 \pm 3.8
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	19.7 \pm 9.2
<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนเริ่มทำงานที่โรงพยาบาล ● หลังเริ่มทำงานที่โรงพยาบาล ● ไม่ตอบ 	<p>109 (94.0)</p> <p>7 (6.0)</p> <p>4</p>
สาเหตุที่สูบบุหรี่	
<ul style="list-style-type: none"> ● ออยากทดลอง ● เพื่อเข้าสังคม ● ตามเพื่อน ● ตามอย่างสมาชิกในครอบครัว ● เพื่อคลายเครียด ● ไม่ตอบ 	<p>50 (45.9)</p> <p>8 (7.3)</p> <p>28 (25.7)</p> <p>0</p> <p>22 (20.2)</p> <p>12</p>
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันโดยเฉลี่ย (มวน)	8.2 \pm 4.2
สถานที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<ul style="list-style-type: none"> ● บ้านตนเอง ● ที่ทำงาน ● ที่บ้านเพื่อน ● ที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ ริมนน ● งานเลี้ยง งานสังสรรค์ 	<p>87 (79.1)</p> <p>66 (56.0)</p> <p>27 (24.5)</p> <p>52 (47.3)</p> <p>43 (39.1)</p>
ระดับการติดนิโคติน	
<ul style="list-style-type: none"> ● น้อย ● ปานกลาง ● มาก ● ไม่ตอบ 	<p>90 (82.6)</p> <p>17 (15.6)</p> <p>2 (1.8)</p> <p>11</p>

ตารางที่ 4. 7 แสดงข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่ (จำนวน 120 คน)	จำนวน (ร้อยละ)
การเข้าถึงบุหรี่	
<ul style="list-style-type: none"> ● ซื้อจากห้างสรรพสินค้า หรือร้านสะดวกซื้อ ● ฝากคนอื่นซื้อให้ ● ซื้อจากเครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติ ● ขอบุหรี่จากผู้อื่น ● มีผู้อื่นให้ ● ไม่ตอบ 	<p>102 (94.4)</p> <p>4 (3.7)</p> <p>1 (0.9)</p> <p>1 (0.9)</p> <p>0</p> <p>12</p>

4.3.2 ทักษะคิดและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่

ถึงแม้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะติดนิโคตินในระดับน้อยและมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แต่มีเพียงประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่สูบบุหรี่เท่านั้นที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยที่ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนมากไม่เคยเลิกบุหรี่เลยในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 49) และมีประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่สูบบุหรี่ที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคลากรทางการแพทย์เลย หรือมีประมาณ 1 ใน 4 ที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำใดๆเลยเพื่อเลิกบุหรี่ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4. 8 แสดงทักษะคิดและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่

ทักษะคิดและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ) (จำนวน 120 คน)
ความต้องการเลิกสูบบุหรี่	
<ul style="list-style-type: none"> ● มีความต้องการเลิกบุหรี่ ● ไม่ต้องการเลิกบุหรี่ ● ไม่ตอบ 	<p>33 (34.0)</p> <p>64 (66.0)</p> <p>23</p>

ตารางที่ 4. 8 แสดงทัศนคติและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ (ต่อ)

ทัศนคติและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ) (จำนวน 120 คน)
จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (มากที่สุด 10 ครั้ง)	
● ไม่เคย	47 (49)
● 1 ครั้ง	14 (14.6)
● 2 ครั้ง	15 (15.6)
● 3 ครั้ง	10 (10.4)
● 4 ครั้ง	1 (1)
● 5 ครั้ง	3 (3.1)
● มากกว่า 5 ครั้ง	6 (6.2)
● ไม่ตอบ	24
ความมั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	
● มั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	81 (83.5)
● ไม่มั่นใจ	16 (16.5)
● ไม่ตอบ	23
เคยได้รับความช่วยเหลือ หรือคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่	
● จากผู้เชี่ยวชาญ	14 (14.4)
● จากเพื่อน	16 (16.5)
● จากบุคคลในครอบครัว	23 (23.7)
● ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว	22 (22.7)
● ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	21 (22.7)
● ไม่ตอบ	23

4.3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การทำงานล่วงเวลา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การดื่มสุรา ความเครียดจากการทำงาน และทัศนคติ เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ เพศชาย การดื่มสุรา และระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สำหรับอายุนั้นพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโดยช่วงอายุ 41-50 ปีจะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากที่สุด และจะลดลงเมื่ออายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่อยู่อาศัยกับคู่ครองมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่าร้าง หรือสมรสแต่ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง และยังพบว่าทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการไม่สูบบุหรี่อีกด้วย ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4. 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่		Crude OR (95% CI)
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
เพศ (จำนวน(ร้อยละ))			
● หญิง	1,404 (99.5)	7 (0.5)	1
● ชาย	302 (72.8)	113 (27.2)	75 (34.6-162.6)
อายุ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ≤ 30 ปี	555 (95.9)	24 (4.1)	1
● 31 – 40 ปี	515 (92.8)	40 (7.2)	1.8 (1.1-3.0)
● 41 – 50 ปี	329 (90.9)	33 (9.1)	2.3 (1.3-4.0)
● ≥ 51 ปี	147 (92.5)	12 (7.5)	1.9 (0.9-3.9)
สถานภาพสมรส (จำนวน(ร้อยละ))			
● โสด ม่าย หย่าร้าง หรือ ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง	963 (96.5)	35 (3.5)	1
● อยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรส กัน หรือไม่ได้สมรสกัน	715 (89.7)	82 (10.3)	3.2 (2.1-4.7)
ระดับการศึกษา (จำนวน(ร้อยละ))			
● ต่ำกว่าปริญญาตรี	768 (88.6)	99 (11.4)	5.1 (3.1-8.3)
● ปริญญาตรี	785 (97.5)	20 (2.5)	1
● สูงกว่าปริญญาตรี	154 (100)	0	-

ตารางที่ 4. 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))		Crude OR (95% CI)
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
ระดับรายได้			
(จำนวน(ร้อยละ))			
• ≤15,000 บาท	355 (82.2)	42 (9.7)	1
• >15,001 บาท	1,215 (87.3)	65 (5.2)	0.5 (0.3-0.7)
มีการทำงานล่วงเวลา			
(จำนวน(ร้อยละ))			
• ไม่มี	507 (95.8)	22 (4.2)	1
• มี	1,196 (92.4)	98 (7.6)	1.9 (1.2-3.0)
การดื่มสุรา			
(จำนวน(ร้อยละ))			
• ไม่เคยดื่ม	1,310 (98.2)	24 (1.8)	1
• ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	183 (75.3)	60 (24.7)	18.0 (10.9-29.6)
ระดับความเครียด			
(จำนวน(ร้อยละ))			
• น้อย	593 (91.7)	54 (8.3)	1
• ปานกลาง	952 (94.3)	58 (5.7)	0.7 (0.5-1.0)
• มาก	158 (95.2)	8 (4.8)	0.6 (0.3-1.2)
ระดับทัศนคติที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))			
• ไม่ดีที่สุด	1274 (94)	81 (6)	1
• ไม่ดี	167 (91.8)	15 (8.2)	1.4 (0.8-2.5)
• ปานกลาง	60 (83.3)	12 (16.7)	3.1 (1.6-6.1)
• ดี	10 (76.9)	3 (23.1)	4.7 (1.3-14.5)
• ดีมาก	52 (88.1)	7 (11.9)	2.1 (0.9-4.8)

ตารางที่ 4. 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))		Crude OR (95% CI)
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
ระดับทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ไม่ดีที่สุด	17 (63)	10 (37)	1
● ไม่ดี	50 (74.6)	17 (25.4)	0.6 (0.2-1.5)
● ปานกลาง	106 (84.8)	19 (15.2)	0.3 (0.1-0.8)
● ดี	207 (94.5)	12 (5.5)	0.1 (0.04-0.3)
● ดีมาก	1183 (95.2)	60 (4.8)	0.1 (0.04-0.2)

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่เคยสูบบุหรี่

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่มาได้ยาวนานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 62 ของผู้ที่เคยสูบบุหรี่ทั้งหมด โดยตำแหน่งที่มีจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ นายช่าง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 35.2) นักการภารโรง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 13.6) และเจ้าหน้าที่ธุรการ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 13.6) ดังตารางในภาคผนวก ค.

สำหรับวัตถุประสงค์ของการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เลิกเพราะ สุขภาพ (ร้อยละ 80.2) ประหยัดค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 59.5) และครอบครัว (ร้อยละ 57.7) มีเพียงส่วนน้อยที่เลิกบุหรี่เพราะการรณรงค์ของโรงพยาบาล (ร้อยละ 6.4) และบทลงโทษของโรงพยาบาล (ร้อยละ 2.7) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการควบคุมตนเอง (ร้อยละ 57.3 และ 37.3 ตามลำดับ) ตารางที่ 4.10

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์เบื้องต้นที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสถานะการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การทำงานล่วงเวลา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การดื่มสุรา ความเครียดจากการทำงาน และทัศนคติ เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านรายได้ที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือนจะมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4. 10 แสดงข้อมูลของผู้ที่เคยสูบบุหรี่

	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่	
● 1-3 เดือน	12 (10.8)
● 4-11 เดือน	8 (7.2)
● 1 ปี	17(15.3)
● 2 ปี	5 (4.5)
● มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	69 (62.2)
● ไม่ตอบ	32
วัตถุประสงค์ที่เลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
● สุขภาพ	89 (80.2)
● ประหยัดค่าใช้จ่าย	66 (59.5)
● ครอบครัวไม่ชอบให้สูบบุหรี่	64 (57.7)
● เพื่อนไม่ชอบให้สูบบุหรี่	3 (2.7)
● บทลงโทษที่รุนแรงของโรงพยาบาล	3 (2.7)
● การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	7 (6.4)
ปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ	
● การสนับสนุนจากครอบครัว	63 (57.3)
● การได้รับความช่วยเหลือจาก ผู้เชี่ยวชาญ	3 (2.7)
● การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ร่วมงานและหัวหน้างาน	3 (2.7)
● การควบคุมตนเอง	41 (37.3)
● ไม่ตอบ	33

ตารางที่ 4. 11 แสดงปัจจัยต่างๆกับการเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่		Crude OR (95% CI)
	เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
เพศ (จำนวน(ร้อยละ))			
● หญิง	18 (72)	7 (28)	1
● ชาย	125 (52.5)	113 (47.5)	0.43 (0.2-1.1)
อายุ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ≤ 30 ปี	33 (57.9)	24 (42.1)	1
● 31 – 40 ปี	48 (54.5)	40 (45.5)	0.9 (0.4-1.7)
● 41 – 50 ปี	29 (46.8)	33 (53.2)	0.6 (0.3-1.3)
● ≥ 51 ปี	23 (65.7)	12 (34.3)	1.4 (0.6-3.3)
สถานภาพสมรส (จำนวน(ร้อยละ))			
● โสด ม่าย หย่าร้าง หรือ ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง	45 (56.2)	35 (43.8)	1
● อยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรส กัน หรือไม่ได้สมรสกัน	96 (53.9)	82 (46.1)	0.9 (0.5-1.5)
ระดับการศึกษา (จำนวน(ร้อยละ))			
● ต่ำกว่าปริญญาตรี	109 (52.4)	99 (47.6)	0.8 (0.4-1.4)
● ปริญญาตรี	29 (59.2)	20 (40.8)	1
● สูงกว่าปริญญาตรี	4 (100)	0	-
ระดับรายได้ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ≤15,000 บาท	355 (89.4)	42 (10.6)	1
● >15,001 บาท	1,215 (94.9)	65 (5.1)	2.2 (1.5-3.3)

ตารางที่ 4. 11 แสดงปัจจัยต่างๆกับการเลิกสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่		Crude OR (95% CI)
	เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
มีการทำงานล่วงเวลา (จำนวน(ร้อยละ))			
● ไม่มี	21 (48.8)	22 (51.2)	1
● มี	118 (54.6)	98 (45.4)	1.3 (0.7-2.4)
การดื่มสุรา (จำนวน(ร้อยละ))			
● ไม่เคยดื่ม	25 (51)	24 (49)	1
● เคยดื่ม ปัจจุบันไม่ดื่ม	55 (61.8)	34 (38.2)	1.6 (0.8-3.1)
● ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	57 (48.7)	60 (51.3)	0.9 (0.5-1.8)
ระดับความเครียด (จำนวน(ร้อยละ))			
● น้อย	62 (53.4)	54 (46.6)	1
● ปานกลาง	66 (53.2)	58 (46.8)	1 (0.6-1.6)
● มาก	11 (57.9)	8 (42.1)	1.2 (0.4-3.2)
ระดับทัศนคติส่งเสริมการสูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ไม่ดีที่สุด	104 (57.1)	81 (42.9)	1
● ไม่ดี	16 (51.6)	15 (48.4)	0.8 (0.4-1.7)
● ปานกลาง	8 (40)	12 (60)	0.5 (0.2-1.3)
● ดี	1 (25)	3 (75)	0.3 (0.02-2.4)
● ดีมาก	7 (50)	7 (11.9)	0.8 (0.3-2.2)

ตารางที่ 4. 11 แสดงปัจจัยต่างๆกับการเลิกสูบบุหรี่ (ต่อ)

ปัจจัย	สถานะการสูบบุหรี่		Crude OR (95% CI)
	เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	
ระดับทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ (จำนวน(ร้อยละ))			
● ไม่ดีที่สุด	5 (33.3)	10 (66.7)	1
● ไม่ดี	11 (39.3)	17 (60.7)	1.3 (0.3-4.8)
● ปานกลาง	19 (50)	19 (50)	2 (0.6-7.0)
● ดี	19 (61.3)	12 (38.7)	3.2 (0.9-11.6)
● ดีมาก	81 (57.4)	60 (43.6)	2.7 (0.9-8.3)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัด สภากาชาดไทยมีสัดส่วนการสูบบุหรี่น้อย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยกลุ่มที่ พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท กลุ่มที่ดื่มสุรา กลุ่มที่อาศัยอยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรสและไม่ได้สมรส กลุ่มที่มีความเครียดน้อย และกลุ่มที่มีการทำงานล่วงเวลา

ผู้ที่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 90 เริ่มสูบบุหรี่ก่อนเริ่มมาทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ฝ่ายที่มีจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ฝ่ายการพยาบาล จำนวน 48 คน (ร้อยละ 5.5) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป จำนวน 4 คน (ร้อยละ 30.6) ฝ่ายรังสีวิทยา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6) และฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.3)

สำหรับตำแหน่งการทำงาน ตำแหน่งที่พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 26 คน (ร้อยละ 38.8) นักการภารโรง 13 คน (ร้อยละ 11) นายช่าง 13 คน (ร้อยละ 24) ผู้ช่วยพยาบาล 11 คน (ร้อยละ 3.6) และพนักงานรับส่งผู้ป่วย 11 คน (ร้อยละ 30.6) โดยที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ที่บ้านของตนเองและที่โรงพยาบาล ตามลำดับ

ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ติดนิโคตินในระดับน้อย และถึงแม้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แต่มีจำนวนถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่สูบบุหรี่ยังไม่ต้องการเลิกบุหรี่ในขณะนี้ นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเลิกบุหรี่เลย และมีประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่สูบบุหรี่ที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำใดๆเลยเพื่อเลิกบุหรี่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การทำงานล่วงเวลา ความเครียด และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและระดับการติดนิโคติน ไม่พบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาและปริมาณการสูบบุหรี่ และความแตกต่างระหว่างความรู้ระหว่างกลุ่มต่างๆ

ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้มาเป็นระยะเวลา นานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย และเพื่อครอบครัว โดยปัจจัยสำคัญทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คือ การควบคุมตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 สัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลอื่นๆ ก่อนหน้า^(23, 49) แต่มีสัดส่วนที่สูงกว่าคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งพบว่ามีบุคลากรที่สูบบุหรี่หรืออยู่ร้อยละ

3.1⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตามตำแหน่งที่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่นั้นสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ส่วนใหญ่พบในตำแหน่งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย คนงาน พนักงานแปล ลูกมือช่าง^(21, 23) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบแพทย์ หรือพยาบาลที่สูบบุหรี่ ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามี สัดส่วนแพทย์และพยาบาลที่สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 50^(11-16, 48) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทาง วัฒนธรรม หรือทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของประชาชนในประเทศต่างๆ โดยสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีความใกล้เคียงกับประเทศลาว ที่ทำการสำรวจใน นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาทันตแพทย์⁽⁴⁶⁾ ซึ่งอาจมีวัฒนธรรมหรือทัศนคติต่อการ สูบบุหรี่ใกล้เคียงกับประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้เป็นการให้ตอบ แบบสอบถามโดยสมัครใจ ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่อาจไม่ตอบแบบสอบถามหรือตอบไม่ตรงกับความเป็น จริง ดังนั้นสัดส่วนบุคลากรที่สูบบุหรี่ในความเป็นจริงอาจสูงกว่านี้ได้

5.2.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

5.2.2.1 เพศ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเพศชายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าเพศ หญิง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่จากประเทศไทยและต่างประเทศ^(12, 43, 46, 53) ซึ่งอาจจะ เป็นผลมาจากลักษณะของเพศชายที่มีความอยากรู้ อยากลองในช่วงวัยรุ่น สอดคล้องกับอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ที่อยู่ในช่วงวัยดังกล่าว โดยพบว่าบุคลากรเพศชายที่สูบบุหรี่มี สัดส่วนสูงกว่าบุคลากรเพศหญิงถึง 75 เท่า อาจเนื่องมาจากผู้ที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 73 เป็น เพศหญิง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่อยู่แล้ว ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามเพศชายส่วนใหญ่มี ตำแหน่งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ร้อยละ 11.7) นายช่าง (ร้อยละ 11.5) และคนงาน (ร้อย ละ 8.9) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงอยู่แล้วจากการศึกษาก่อนหน้า^(21, 23) จึงทำให้เมื่อ คำนวณค่า odds ratio จึงทำให้มีค่าสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความใกล้เคียงกับผล การศึกษาของ ดร. ศรัณญา เบญจกุล ซึ่งพบว่าเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 68 เท่า⁽⁷¹⁾ เมื่อได้คำนึงถึงปัจจัยอื่นแล้ว

5.2.2.2 อายุ

เช่นเดียวกับการสำรวจของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ⁽⁶³⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ที่สูบบุหรี่มีอายุอยู่ในช่วง 25-59 ปี ซึ่งจากผลการศึกษพบว่า มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่อายุ 31 ปี และมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดในช่วงอายุ 41-50 ปี โดยมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.8 เท่า และ 2.3 เท่าในกลุ่มอายุ 31-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-50 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 51 ปี มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ลดลงจนไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยมากขึ้น หรือมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ทำให้มาพบแพทย์บ่อยขึ้นจึงมีโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สูงขึ้นด้วย ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ หรืออาจต้องการเก็บออมเงินเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มอายุมากกว่า 51 ปีเป็นกลุ่มที่ใกล้วัยเกษียณอายุการทำงานซึ่งจะทำให้มีรายได้ลดลง จึงเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดค่าใช้จ่ายในอนาคต ซึ่งการเลิกบุหรี่เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นเหตุผลสำคัญต่อการเลิกบุหรี่เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ การที่พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปีมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อาจสะท้อนถึงการประสบความสำเร็จของมาตรการต่างๆ เพื่อลดการสูบบุหรี่และป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ เช่น การเพิ่มภาษีบุหรี่ การจำกัดอายุผู้ซื้อบุหรี่ การห้ามโฆษณา เป็นต้น

5.2.2.3 การอยู่อาศัยกับคู่ครอง

ถึงแม้การศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีคู่ครอง ไม่ว่าจะอยู่อาศัยด้วยกันหรือไม่ มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่ครอง อาจเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและผู้วิจัยไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับประวัติสูบบุหรี่ก่อน-หลังสมรส อีกทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุเฉลี่ย 17 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ที่ประมาณ 40 ปี ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่อาจจะเริ่มสูบก่อนสมรสหรือมีคู่ครองก็ได้ การศึกษานี้จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสถานภาพสมรสหรือการอยู่อาศัยกับคู่ครองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีคู่ครองทั้งที่อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันมีสัดส่วนผู้เคยสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่ครอง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการสนับสนุนของครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่และทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁽⁶⁵⁾ ถึงแม้ว่าเมื่อทำการวิเคราะห์สถานภาพสมรสกับการเลิกบุหรี่จะไม่มีความสัมพันธ์กันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน ก็ตาม

5.2.2.4 ระดับการศึกษา

เช่นเดียวกับการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2554 ซึ่งพบว่าสัดส่วนของการสูบบุหรี่ลดลงเมื่อมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น⁽⁵³⁾ อาจเป็นผลมาจากความเป็นอยู่ทางสังคมหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างตามระดับการศึกษา^(54, 55, 72) ที่ไม่ส่งเสริมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีถึง 5 เท่า สูงกว่าการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาจะมีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2 เท่า อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย คนงาน ซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ขณะที่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์หญิง ทำงานตำแหน่งพยาบาล ซึ่งมีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป จึงทำให้พบว่ามีค่า odds ratio สูงกว่าการศึกษาที่ก่อนหน้านี้

5.2.2.5 การทำงานล่วงเวลา

ถึงแม้ว่าการศึกษาก่อนหน้าจะพบความขัดแย้งของความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานล่วงเวลาและการสูบบุหรี่^(61, 62) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำงานล่วงเวลานั้นมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการทำงานล่วงเวลาเป็น 1.9 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศจอร์แดนซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการทำงานล่วงเวลาเป็น 1.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการทำงานล่วงเวลาทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการทำงานได้ สารนิโคตินจากการสูบบุหรี่จะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารสื่อประสาทที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว⁽³⁾ ด้วยกลไกการออกฤทธิ์นี้จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่ทำงานล่วงเวลามีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำงานล่วงเวลาได้

5.2.2.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,001 บาท อาจเนื่องมาจากผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการศึกษากว่าระดับปริญญาตรี จึงทำให้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

5.2.2.7 การดื่มสุรา

เนื่องด้วยบริบทของสังคมไทยที่มักพบว่าในวงการดื่มสุรามักจะมีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ดังการศึกษาที่พบว่าการดื่มสุราในวงสุราเป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่⁽⁵²⁾

หรืออาจจะเกิดจากความเคยชินที่เมื่อดื่มสุราก็จะสูบบุหรี่ไปพร้อมๆกัน จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุรามีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มหรือเลิกดื่ม^(34, 36) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการดื่มสุราร่วมด้วยมากเป็น 18 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 1.1-1.4 เท่า⁽⁷³⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูบบุหรี่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีซึ่งพบเป็นส่วนมากของการศึกษานี้มีสัดส่วนการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าถึง 1.4 เท่า (95% CI 1.1-1.8) จึงทำให้มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ดื่มสุรามากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกสุราและการเลิกสูบบุหรี่ แต่การเลิกดื่มสุรามีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ยังดื่มสุรา

5.2.2.8 ความเครียดจากการทำงาน

การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานน้อยมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับการสูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานในระดับปานกลางและมากตามลำดับ (เป็น 0.7 และ 0.6 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ตามลำดับ) ขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าคนที่สูบบุหรี่มีความเครียดจากการทำงานเป็น 1.11 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽⁶⁰⁾ อาจเนื่องมาจากสาเหตุที่บุคลากรของโรงพยาบาลเริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบเพราะ อยากทดลอง (ร้อยละ 45.9) มากกว่าความเครียด (ร้อยละ 20.2) และเนื่องจากการศึกษานี้สอบถามเพียงแค่ว่าความเครียดจากงาน ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่อาจเริ่มสูบเนื่องจากความเครียดจากเหตุอื่นได้ เช่น ครอบครัว เศรษฐกิจ เรื่องส่วนตัว เป็นต้น

5.2.2.9 ทักษะคิดและปัจจัยอื่นๆ

เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(10, 16, 54) ที่พบว่าคนที่สูบบุหรี่จะมีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และคนที่ไม่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่ไม่สูบบุหรี่ หรือเลิกบุหรี่ ซึ่งการศึกษาพบแนวโน้มว่า มีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นระหว่างการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ตามระดับทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่กับการเลิกบุหรี่ ที่พบว่าการมีทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ประมาณ 2-3 เท่าซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁰⁾ ถึงแม้จะไม่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ และยังพบแนวโน้มว่ายังมีทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ปัญหาทางสุขภาพหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ แรงจูงใจจากครอบครัวและการเงิน ยังเป็น

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เริ่มเลิกบุหรี่ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ที่สูบบุหรี่ต้องการจะเลิกบุหรี่ ต้องเริ่มด้วยการเปลี่ยนทัศนคติ และต้องเห็นประโยชน์ของการเลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากการควบคุมตนเองแล้วผู้ที่เคยสูบบุหรี่ยังต้องได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัวด้วย อย่างไรก็ตาม มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ผู้ที่เคยสูบบุหรี่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจสะท้อนถึงความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังไม่เห็นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่เมื่อพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ หรือให้คำแนะนำเมื่อบุคคลเหล่านี้มารับการรักษา

ข้อดีของการศึกษา

- เป็นการศึกษาที่มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมาก
- เป็นการศึกษาที่มีการแบ่งระดับการตัดสินใจตัดสินใจของบุคลากรโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ เป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ต่อไป
- เป็นการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นข้อเท็จจริงที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 60) ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือเลยจากผู้เชี่ยวชาญเลย ทั้งๆที่ผู้สูบบุหรี่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล

ข้อจำกัดการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยการให้ตอบแบบสอบถามดังนั้นจึงอาจทำให้ต้องระวังในการแปลผล จากการที่ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ยอมตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ลดลง หรือผู้ที่สูบบุหรี่อาจให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจทำให้พบว่ามีความชุกการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลต่ำกว่าความเป็นจริง และอาจทำให้วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆต่อการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ละปัจจัยไม่ได้คำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่น ดังนั้นความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่แต่ละปัจจัยอาจเปลี่ยนแปลงไปได้หากทำการวิเคราะห์ปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ถึงแม้จะพบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีบุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลต้องเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ไม่ว่าจะปฏิบัติงานในตำแหน่งใดก็ตาม ดังนั้นการรณรงค์ส่งเสริมให้บุคลากรที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งควรเริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งหมด

โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้ความสำคัญต่อการซักถามประวัติการสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ที่เจ็บป่วยและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเลย ทั้งๆที่แพทย์และพยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

ปรับทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาล

การปรับทัศนคติของบุคลากรทั่วไป โรงพยาบาลควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ โดยการจัดทำสัญลักษณ์เพื่อแสดงว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ในสถานที่ที่สามารถพบเห็นได้ง่าย จัดให้บริการเสียงตามสายหรือจัดทำสื่อต่างๆ เช่น บุหรี่ที่มีก้นกรองไม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด การเลิกบุหรี่ช่วยทำให้มีเงินเหลือเก็บเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ในพื้นที่โรงพยาบาลมีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท เป็นต้น ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าพบว่า^(10, 65) ผู้ที่สูบบุหรี่ได้พบเห็นสื่อต่างๆ เหล่านี้ก็น่าจะมีความต้องการเลิกบุหรี่มากขึ้น และยังมีผลต่อบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งอาจจะช่วยโน้มน้าวให้บุคคลที่รู้จักหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ด้วยการพบเห็นสื่อต่างๆ เหล่านี้

บุคลากรของโรงพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ควรมีทัศนคติที่ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ด้วย อาจทำได้ด้วยการศึกษาเพิ่มเติมทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาล เช่น การสูญเสียผลิตภาพการทำงาน ค่าใช้จ่ายและรักษาโรคที่มีบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของบุคลากรที่สูบบุหรี่ เป็นต้น จากนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลจึงประกาศเป็นนโยบายโดยให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมต่อไป

พัฒนาการคัดกรองและการบริการเพื่อเลิกบุหรี่

ลำดับต่อมา โรงพยาบาลควรส่งเสริมการคัดกรองการดื่มสุราและสูบบุหรี่ในบุคลากรของโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย คนงาน นักการภารโรง พนักงานแปล นายช่าง ซึ่งนอกจากจะช่วยทำให้ทราบสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรที่แท้จริงแล้ว ยังสามารถวางแผนการช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการติดยาโคตินแตกต่างกันได้ โดยอาจให้ความสนใจแก่ผู้ที่มีระดับการติดยาโคตินน้อยก่อนเพราะมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ติดยาโคตินมาก^(74, 75) และส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุราเลิกดื่มสุราเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นและป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ต่อไป

สุดท้ายนี้ โรงพยาบาลควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้สูบบุหรี่เพื่อช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งขั้นตอนการส่งเสริมการเลิกบุหรี่หรือออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนเลิกบุหรี่ และระยะระหว่างการ

เลิกบุหรี่ ในระยะก่อนเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลควรมีการประชาสัมพันธ์คลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อให้บุคลากรที่สนใจมารับบริการเพิ่มขึ้น โดยอาจมีสายด่วนสำหรับรับปรึกษาหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ตลอด 24 ชั่วโมง ให้ความรู้โทษของบุหรี่และประโยชน์ของการเลิกบุหรี่แก่ตัวผู้สูบบุหรี่เองและครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้ต้องเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่อีกด้วย เช่น การจัดการอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากเลิกบุหรี่จากการขาดนิโคติน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ เช่น กำจัดที่เขี่ยบุหรี่ทิ้งไป ติดสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น สำหรับระยะระหว่างการเลิกบุหรี่ ควรมีการติดตามและให้กำลังใจสม่ำเสมอ ซึ่งอาจจะติดตามโดยการให้มาพบที่โรงพยาบาล โดยการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์ก็ได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ศึกษาระดับการติดนิโคตินและอัตราการการขาดงาน โดยอาจทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางหรือการศึกษาแบบไปข้างหน้าก็ได้
- พัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมสำหรับตำแหน่งงานที่ต้องทำงานล่วงเวลา เนื่องจากคลินิกเลิกบุหรี่เปิดให้บริการเพียงบางวันเท่านั้น ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการได้
- ปัญหา และอุปสรรคการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์

รายการอ้างอิง

1. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General [internet]. 2014 [cited 2014 2014 Nov 23]. Available from: www.surgeongeneral.gov/.../reports/50-years-of-progress/full-report.pdf
2. Centers for Disease Control and Prevention (US) NCfCDPaHPU, Office on Smoking and Health (US) [internet]. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General 2010 [cited 2014 2014 Nov 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
3. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบุญ, ปรีชา มณฑกานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรัณย์ กอสนาน, และคณะ. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร (Smoking Cessation Guideline for Pharmacists): กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา บัณฑิตกระจ่าง, สุนิดา ปรีชาวงษ์. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
5. Tsai SP, Wen CP, Hu SC, Cheng TY, Huang SJ. Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan. Tob Control 2005;14 Suppl 1:i33-7.
6. Sherman BW, Lynch WD. The relationship between smoking and health care, workers' compensation, and productivity costs for a large employer. J Occup Environ Med 2013;55:879-84.
7. Wacker M, Holle R, Heinrich J, Ladwig KH, Peters A, Leidl R, et al. The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. BMC Health Serv Res 2013;13:278.

8. Robbins H, Krakow M, Warner D. Adult smoking intervention programmes in Massachusetts: a comprehensive approach with promising results. *Tob Control* 2002;11 Suppl 2:ii4-7.
9. Venkatesh S, Sinha DN. Involvement of health professionals in tobacco control in the South-East Asia Region. *Indian J Cancer* 2012;49:327-35.
10. Nicholson AK, Borland R, Davey ME, Stevens M, Thomas DP. Predictors of wanting to quit in a national sample of Aboriginal and Torres Strait Islander smokers. *Med J Aust* 2015;202:S26-32.
11. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract* 2004;5:12.
12. Shishani K, Nawafleh H, Jarrah S, Froelicher ES. Smoking patterns among Jordanian health professionals: a study about the impediments to tobacco control in Jordan. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:221-7.
13. Nakata A, Swanson NG, Caruso CC. Nurses, smoking, and immunity: a review. *Rehabil Nurs* 2010;35:198-205.
14. La Torre G, Saulle R, Unim B, Angelillo IF, Baldo V, Bergomi M, et al. Knowledge, attitudes, and smoking behaviours among physicians specializing in public health: a multicentre study. *Biomed Res Int* 2014;2014:516734.
15. McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G. Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J Adv Nurs* 2001;35:769-75.
16. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *Int Nurs Rev* 2009;56:230-6.
17. Sivarajan Froelicher E, Thompson DR. The facts on nurses and smoking. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:1-2.
18. Pokhrel BR, Thankappan K, Mini GK, Sarma PS. Tobacco use among health professionals and their role in tobacco cessation in Nepal. *Prev Control* 2006;2:117-25.

19. กองบรรณาธิการ หมอชาวบ้าน. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เพิ่มพื้นที่สาธารณสุขเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.doctor.or.th/article/detail/10727>
20. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/Law/health/01law_health.pdf
21. สมคิด ตีรวิภา. การดำเนินงานโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปลอดบุหรี่ 100% [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.gotoknow.org/posts/365205>
22. ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, ดุจปรารภนา พิศาลสารกิจ. โครงการ 120 ปี ศิริราชปลอดบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/2552_8_0.pdf
23. พูลศักดิ์ วชิรตรีรัตน์, ยุวดี ไทยสนธิ. ทศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลหนองงูศรีต่อนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2553;3:108-15.
24. วิไลวรรณ วิริยะไชโย, อภิรดี แซ่ลิ้ม. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากรนักศึกษาแพทย์ และผู้ปวยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24:205-14.
25. ฌักควรรต บัวทอง. วันที่ติดต่อ 20 พฤศจิกายน 2557.
26. ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช [อินเทอร์เน็ต]. ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://btc.ddc.moph.go.th/cms/uploads/menusub/doc/Type of TC product and Situation of TC 12 16 09.pdf>
27. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ในบุหรี่มีสารพิษอะไรบ้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaihealth.or.th/Content/1256-ในบุหรี่มีสารพิษอะไรบ้าง.html>

28. ว่าที่ร้อยตรี ณรงค์ รัตนาคินทร์, วราพร ชลอำไพ. พิษภัยของบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c.asp?info_id=54
29. เครื่องข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน ๒ed. สมุทรปราการ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2555.
30. Oono IP, Mackay DF, Pell JP. Meta-analysis of the association between secondhand smoke exposure and stroke. *J Public Health (Oxf)* 2011;33:496-502.
31. Chen X, Zhou L, Zhang Y, Yi D, Liu L, Rao W, et al. Risk factors of stroke in Western and Asian countries: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2014;14:776.
32. อารัมภ์พร เขี่ยมวุฒิ, พรรษา น้อยสกุล, รัชฎาพร จันเจริญ, ไสภิตา สุวุฒโท. บุหรี่ภัยร้ายทำลายคุณ. กรุงเทพฯ: แสงเทียนการพิมพ์; 2554.
33. Yuhara H, Ogawa M, Kawaguchi Y, Igarashi M, Mine T. Smoking and risk for acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *Pancreas* 2014;43:1201-7.
34. Agner T. Hand eczema and tobacco: lifting the smoke screen. *Br J Dermatol* 2014;171:933-4.
35. Brans R, Skudlik C, Weisshaar E, Gediga K, Scheidt R, Wulfhorst B, et al. Association between tobacco smoking and prognosis of occupational hand eczema: a prospective cohort study. *Br J Dermatol* 2014;171:1108-15.
36. Meding B, Alderling M, Albin M, Brisman J, Wrangsjö K. Does tobacco smoking influence the occurrence of hand eczema? *Br J Dermatol* 2009;160:514-8.
37. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med* 2010;123:87.e7-35.
38. Weng SF, Ali S, Leonardi-Bee J. Smoking and absence from work: systematic review and meta-analysis of occupational studies. *Addiction* 2013;108:307-19.
39. Berman M, Crane R, Seiber E, Munur M. Estimating the cost of a smoking employee. *Tob Control* 2014;23:428-33.

40. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหารการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf
41. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2558.
42. Ferrante M, Saulle R, Ledda C, Pappalardo R, Fallico R, La Torre G, et al. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanita* 2013;49:143-9.
43. Fotedar S, Sogi GM, Fotedar V, Bhushan B, Singh B, Dahiya P, et al. Knowledge of, attitude towards, and prevalence of tobacco use among dental students in Himachal Pradesh State, India. *Oral Health Dent Manag* 2013;12:73-9.
44. Jradi H, Wewers ME, Pirie PR, Binkley PF, Ferketich K. Cigarette and waterpipe smoking associated knowledge and behaviour among medical students in Lebanon. *East Mediterr Health J* 2013;19:861-8.
45. Saulle R, Bontempi C, Baldo V, Boccia G, Bonaccorsi G, Brusaferrero S, et al. GHPSS multicenter Italian survey: smoking prevalence, knowledge and attitudes, and tobacco cessation training among third-year medical students. *Tumori* 2013;99:17-22.
46. Sychareun V, Hansana V, Choummanivong M, Nathavong S, Chaleunvong K, Durham J. Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR. *BMJ Open* 2013;3:e003042.
47. Cauchi D, Mamo J. Smoking health professional student: an attitudinal challenge for health promotion? *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:2550-61.
48. Movsisyan NK, Varduhi P, Arusyak H, Diana P, Armen M, Frances SA. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BMC Public Health* 2012;12:1028.
49. มุลินีเพื่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. โครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 23

พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ashtailand.or.th/th/uploads/hospitalcampaign/activity/75321.pdf>

50. Radwan GN, Loffredo CA, Aziz R, Abdel-Aziz N, Labib N. Implementation, barriers and challenges of smoke-free policies in hospitals in Egypt. BMC Res Notes 2012;5:568.

51. ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. งานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA(CQI) [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.vachiraphuket.go.th/www/publichealth/index.php?name=knowledge&file=realknowledge&id=168>

52. วันทนี ทองหนูน. ค่ายสร้างพลังใจเพื่อเลิกบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dmh.go.th/sty_lib/abs/details.asp?id=4586

53. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. บทสรุปผู้บริหาร โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:

http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/ES-GATS_11.pdf

54. ชณิษฐ์ชา บุญเสริม, ผกามาศ สุจิตินิช, วรษา รวิสานนท์. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2552;3:6-14.

55. จิราพร สุวรรณธีรวงศ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร 2543;39:9-19.

56. เรณู บุญจันทร์, รัชณี กิติพงษ์ศาล, นพวรรณ เลิศการณ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2552.

57. อุทุมพร ณ นคร. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนชลราษฎรอำรุง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๐. ชลบุรี: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชลบุรีเขต ๑ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ; 2551.

58. Stoll K. Correlates and predictors of tobacco use among immigrant and refugee youth in a Western Canadian city. J Immigr Minor Health 2008;10:567-74.

59. ลดาวัลย์ คันธาศิริ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

60. Heikkila K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, et al. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166,130 adults in 15 European studies. PLoS One 2012;7:e35463.
61. Peplonska B, Burdelak W, Bukowska A, Sobala W. Rotating night shift work in nurses and midwives and lifestyle [internet]. 2014 [cited 2014 2014 Nov 23]. Available from: http://oem.bmj.com/content/71/Suppl_1/A66
62. Peplonska B, Burdelak W, Krysicka J, Bukowska A, Marcinkiewicz A, Sobala W, et al. Night shift work and modifiable lifestyle factors. Int J Occup Med Environ Health 2014;27:693-706.
63. ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1353671720/Smoking_2.pdf
64. วิจารณ์ มัตยะสุวรรณ, พัฒนเกียรติ ศรียอด. smoking cessation. ข่าวสารเชียงใหม่ ภาสัชชนบท 2550; 11: 2-5.
65. สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556;25:16-30.
66. สนทรรศ บุษราทิจ, อภิญญา สิริไพบูลย์กิจ. การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57:305-12.
67. นนทรี สัจจาธรรม. ทศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์; 2556.
68. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. J Bras Pneumol 2009;35:73-82.
69. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). แบบสอบถาม Global Youth Tobacco Survey [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/surveyExam/Global%20Youth%20Tobacco%20Survey%20%28GYTS%29.pdf>
70. เสาวลักษณ์ ลักขมิจรัลกุล, ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทิน, ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตสุข. การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ: คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2557.

71. ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรารัตน์.
รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ : แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย. กรุงเทพฯ:
ไนท์ เวิร์ท ดีไซน์ จำกัด; 2557.

72. Johnson W, Kyvik KO, Mortensen EL, Skytthe A, Batty GD, Deary IJ. Does
education confer a culture of healthy behavior? Smoking and drinking patterns in Danish
twins. *Am J Epidemiol* 2011;173:55-63.

73. De Leon J, Rendon DM, Baca-Garcia E, Aizpuru F, Gonzalez-Pinto A, Anitua C,
et al. Association between smoking and alcohol use in the general population: stable
and unstable odds ratios across two years in two different countries. *Alcohol Alcohol*
2007;42:252-7.

74. Lindberg A, Niska B, Stridsman C, Eklund BM, Eriksson B, Hedman L. Low
nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent
of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of a
population-based study. *Tob Induc Dis* 2015;13:27.

75. Tanihara S, Momose Y. Reasons for smoking cessation attempts among
Japanese male smokers vary by nicotine dependence level: a cross-sectional study
after the 2010 tobacco tax increase. *BMJ Open* 2015;5:e006658.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก. ตารางแสดงสถานะการสูญบุหรีจำแนกตามแผนก

แผนก (จำนวน)	สถานะการสูญบุหรี (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูญบุหรี	สูญบุหรีปัจจุบัน	เคยสูญบุหรี
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (144)	69 (47.9)	44 (30.6)	31 (21.5)
ฝ่ายการพยาบาล (872)	778 (89.2)	48 (5.5)	46 (5.3)
ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ (38)	36 (94.7)	1 (2.6)	1 (2.6)
ฝ่ายนิติเวชศาสตร์ (11)	10 (90.9)	1 (9.1)	0
ฝ่ายโภชนวิทยาและโภชนบำบัด (56)	44 (78.6)	3 (5.4)	9 (16.1)
ฝ่ายรังสีวิทยา (83)	70 (84.3)	5 (6.0)	8 (9.6)
ฝ่ายเวชภัณฑ์ (44)	40 (90.9)	1 (2.3)	3 (6.8)
ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง (60)	56 (93.3)	1 (1.7)	3 (5.0)
ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู (93)	82 (88.2)	4 (4.3)	7 (7.5)
ฝ่ายออร์โธปิดิกส์ (5)	3 (60)	1 (20)	1 (20)
ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ (30)	28 (93.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
ฝ่ายประชาสัมพันธ์ (35)	30 (85.7)	1 (2.9)	4 (11.4)
ฝ่ายการเงิน (59)	52 (88.1)	3 (5.1)	4 (6.8)
ฝ่ายพิธีการ (29)	22 (75.9)	1 (3.4)	6 (20.7)
ฝ่ายเภสัชกรรม (116)	98 (84.5)	5 (4.3)	13 (11.2)

ภาคผนวก ข. ตารางแสดงสถานะการสูบบุหรี่จำแนกตามวิชาชีพ

ตำแหน่ง (จำนวน)	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
แพทย์ (29)	29 (100)	0	0
พยาบาล (238)	236 (99.2)	0	2 (0.8)
เภสัชกร (36)	35 (97.2)	0	1 (2.8)
นักกายภาพบำบัด (22)	21 (95.5)	0	1 (4.5)
นักเทคนิคการแพทย์ (35)	34 (97.1)	0	1 (2.9)



ภาคผนวก ค. ตารางแสดงสถานะการสูบบุหรี่จำแนกตามตำแหน่งงาน

ตำแหน่ง (จำนวน)	สถานะการสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))		
	ไม่เคยสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เคยสูบบุหรี่
เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (67)	32 (47.8)	26 (38.8)	9 (13.4)
เจ้าหน้าที่ธุรการ (277)	261 (94.2)	6 (2.2)	10 (3.6)
นักการภารโรง (118)	89 (75.4)	13 (11)	16 (13.6)
พนักงานห้องปฏิบัติการ (21)	19 (90.5)	1 (4.8)	1 (4.8)
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี (65)	60 (92.3)	2 (3.1)	3 (4.6)
นายช่าง (54)	22 (40.7)	13 (24.1)	19 (35.2)
เจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ฟื้นฟู (11)	10 (90.9)	1 (9.1)	0
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ (27)	24 (88.9)	1 (3.7)	2 (7.4)
ผู้ช่วยเภสัชกร (49)	42 (85.7)	2 (4.1)	5 (10.2)
ผู้ช่วยพยาบาล (307)	287 (93.5)	11 (3.6)	9 (2.9)
นักรังสีการแพทย์ (42)	35 (83.3)	2 (4.8)	5 (11.9)
พนักงานรับส่งผู้ป่วย (36)	18 (50)	11 (30.6)	7 (19.4)
เจ้าหน้าที่ซักฟอก (34)	30 (88.2)	3 (8.8)	1 (2.9)
พนักงานขับรถ (24)	11 (45.8)	6 (25)	7 (29.2)
ผู้ช่วยนักโภชนาการ (34)	28 (82.4)	2 (5.9)	4 (11.8)
คนสวน (13)	4 (30.8)	3 (23.1)	6 (46.2)
อื่นๆ (542)	527 (97.2)	0	15 (27.7)
ไม่ตอบ (251)	210 (83.7)	17 (6.8)	24 (9.6)

ภาคผนวก ง. แสดงความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

	ไม่เคยสูบบุหรี่(จำนวน (ร้อยละ))		สูบบุหรี่ปัจจุบัน (จำนวน (ร้อยละ))		เคยสูบบุหรี่ (จำนวน (ร้อยละ))	
	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ
1. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย	1,661 (99.2)	14 (0.8)	117 (99.2)	1 (0.8)	137 (97.9)	3 (2.1)
2. การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้	1,598 (95.4)	77 (4.6)	116 (98.3)	2 (1.7)	129 (92.1)	11 (7.9)
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง	1,668 (99.6)	7 (0.4)	117 (99.2)	1 (0.8)	138 (98.6)	2 (1.4)
4. คำนับุหรี่ที่ออกจากผู้สูบเป็นอันตรายต่อคนรอบข้างได้	1,668 (99.6)	7 (0.4)	117 (99.2)	1 (0.8)	138 (98.6)	2 (1.4)
5. สารในควันบุหรี่ปทำให้ผู้สูบมีอาการติดบุหรี่ป คือ สารนิโคติน	1,618 (96.6)	57 (3.4)	110 (93.2)	8 (6.8)	131 (93.6)	9 (6.4)
6. บุหรี่ปที่มีก้นกรองไม่ช่วยให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลง	1,491 (89)	184 (11)	95 (80.5)	23 (19.5)	119 (85)	21 (15)
7. โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ปทั้งหมด ทั้งภายในและนอกอาคาร	1,605 (95.8)	70 (4.2)	114 (96.6)	4 (3.4)	134 (95.7)	6 (4.3)
8. กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ปในที่เปิดเผย และสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	1,579 (94.3)	96 (5.7)	113 (95.8)	5 (4.2)	126 (90)	14 (10)
9. ผู้ที่ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ปในเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่ปมีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท	1,549 (92.5)	126 (7.5)	115 (97.5)	3 (2.5)	133 (95)	7 (5)
10. ผู้ที่สูบบุหรี่ปภายในอาคารหรือบริเวณที่มีป้าย “เขตปลอดบุหรี่ป” ถือว่าผิดกฎหมาย	1,588 (94.8)	87 (5.2)	114 (96.6)	4 (3.4)	132 (94.3)	8 (5.7)
ไม่ตอบ		34		2		3

ภาคผนวก จ. ตารางแสดงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานการณ์การสูบบุหรี่

	ไม่เคยสูบบุหรี่		สูบบุหรี่ปัจจุบัน		เคยสูบบุหรี่	
	(จำนวน (ร้อยละ))		(จำนวน (ร้อยละ))		(จำนวน (ร้อยละ))	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมไม่ปกติในสังคมไทย	1,236 (78.8)	332 (21.2)	76 (64.4)	42 (35.6)	99 (72.3)	38 (27.7)
2. ผู้ชายสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	1,357 (86.5)	211 (14.5)	69 (58.5)	49 (41.5)	94 (68.6)	43 (31.4)
3. ผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	1,490 (95)	78 (5)	98 (83.1)	20 (16.9)	118 (86.1)	19 (13.9)
4. ผู้ใหญ่สูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรยอมรับ	1,353 (86.2)	215 (3.8)	72 (61)	46 (39)	96 (70.1)	41 (29.9)
5. วัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	1,507 (96.1)	61 (3.9)	99 (83.9)	19 (16.1)	120 (87.6)	17 (12.4)
6. การสูบบุหรี่เป็นการแสดงถึงการเป็นคนทันสมัย เท่	139 (8.9)	1,429 (91.1)	20 (16.9)	98 (83.1)	13 (9.5)	124 (90.5)
7. การสูบบุหรี่ทำให้ท่านเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ	120 (7.7)	1,448 (92.3)	20 (16.9)	98 (83.1)	13 (9.5)	124 (90.5)
8. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่น่าเลียนแบบ	1,480 (94.4)	88 (5.6)	106 (89.8)	12 (10.2)	127 (92.7)	10 (7.3)
9. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดและทำลายสุขภาพ	1,545 (98.6)	22 (1.4)	111 (94.1)	7 (5.9)	134 (97.8)	3 (2.2)
10. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอันตราย เพราะจะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ	1,481 (94.4)	87 (5.6)	94 (79.7)	24 (20.3)	124 (90.5)	13 (9.5)

ภาคผนวก จ. ตารางแสดงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานการณ์การสูบบุหรี่ (ต่อ)

	ไม่เคยสูบบุหรี่		สูบบุหรี่ปัจจุบัน		เคยสูบบุหรี่	
	(จำนวน (ร้อยละ))		(จำนวน (ร้อยละ))		(จำนวน (ร้อยละ))	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
11. ท่านรังเกียจเพื่อนหรือบุคคลที่สูบบุหรี่	1,163 (74.2)	405 (25.8)	55 (46.6)	63 (53.4)	79 (57.7)	58 (42.3)
12. ถ้าท่านสูบบุหรี่ เพื่อนหรือบุคคลรอบข้างจะรังเกียจ	1,364 (87)	204 (13)	83 (70.3)	35 (29.7)	114 (83.1)	23 (16.9)
13. ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ท่านจำเป็นต้องสูบบุหรี่	120 (7.7)	1,448 (92.3)	22 (18.6)	96 (81.4)	18 (13.2)	119 (86.8)
14. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่โดยไม่จำเป็น	1,522 (97.1)	46 (2.9)	104 (88.1)	14 (1.9)	126 (92.0)	9 (8)
15. การเลิกบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพของตนเอง	283 (8.0)	1,285 (82.- 0)	31 (26.3)	87 (73.7)	32 (23.5)	105 (76.5)
16. ท่านไม่คิดว่าท่านจะป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่	935 (59.6)	633 (40.4)	72 (61)	46 (39)	87 (64)	49 (36)
ไม่ตอบ		141		2		3

ภาคผนวก ฉ. ตารางแสดงระดับการติดนิโคตินและปริมาณการสูบบุหรี่ จำแนกตามระดับการศึกษา

	ระดับการศึกษา		p-value
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	
ระดับการติดนิโคติน [†]			0.64
• น้อย	76 (83.5)	14 (77.8)	
• ปานกลาง	13 (14.3)	4 (22.2)	
• มาก	2 (2.2)	0	
ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ^{††}	8.01 ± 4.12	8.56 ± 4.72	0.62

[†]chi square, ^{††} unpaired t-test



ภาคผนวก ช. แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถาม

เรื่อง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 5 หน้า

ใช้เวลาในการกรอกแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 ประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน 7 ข้อ

วิธีการตอบแบบสอบถาม

- ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่ต้องตอบส่วนที่ 3 และ 5
- ผู้ที่สูบบุหรี่ ตอบทุกส่วน
- ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่แล้ว ไม่ต้องตอบส่วนที่ 3

ผู้วิจัยจะแจ้งผลการประเมินในลักษณะภาพรวมของแต่ละฝ่ายเท่านั้น เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการและเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือเพื่อลดการสูบบุหรี่ ข้อมูลส่วนนี้ จะถูกทำลายทันทีและไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ หลังจากขั้นตอนการดำเนินการแจ้งผล ให้แต่ละฝ่ายเสร็จสิ้นลงภายในปี พ.ศ. 2558

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1.ชาย	<input type="checkbox"/> 2.หญิง
2. อายุ _____ ปี		
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1.โสด	<input type="checkbox"/> 2.มีคู่
	<input type="checkbox"/> 3.สมรส อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> 4.สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
	<input type="checkbox"/> 5.ไม่ได้สมรส อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> 6.หย่าร้าง
4. โรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2.มี คือ _____
5. อาชีพ/แผนกงาน	_____ อายุการทำงาน _____ เดือน/ปี	
การทำงานล่วงเวลา	<input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 2.ไม่มี
ระดับความเครียดจากงาน	<input type="checkbox"/> 1.น้อย	<input type="checkbox"/> 2.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 3.มาก
6. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 1.ต่ำกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 2.ปริญญาตรี
	<input type="checkbox"/> 3.สูงกว่าปริญญาตรี	
7. การดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> 2.เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกดื่ม <input type="checkbox"/> 3.ดื่ม
8. การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยสูบ (ไม่ต้องตอบส่วนที่ 3 และส่วนที่ 5) <input type="checkbox"/> 2.สูบอยู่ในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 2.1 เริ่มสูบก่อนทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย <input type="checkbox"/> 2.2 เริ่มสูบหลังทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย <input type="checkbox"/> 3.เคยสูบ ปัจจุบันเลิกสูบ (ไม่ต้องตอบส่วนที่ 3)	
9. การออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน		
<input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้ออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> 2.ออกกำลังกาย โดย _____	
	<input type="checkbox"/> 2.1 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	
	<input type="checkbox"/> 2.2 ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	
10. รายได้ต่อเดือน _____ บาท		
11. มีสมาชิกในครอบครัวท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2.มี โดยสมาชิกในครอบครัวเริ่มสูบเมื่อใด (ก่อนหรือหลังท่าน) <input type="checkbox"/> 2.1 ก่อนท่าน <input type="checkbox"/> 2.2 หลังท่าน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

	ทราบ	ไม่ทราบ
1. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย		
2. การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้		
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง		
4. คิว้นบุหรี่ที่ออกจากผู้สูบเป็นอันตรายต่อคนรอบข้างได้		
5. สารในควันบุหรี่ที่ทำให้ผู้สูบมีอาการติดบุหรี่ คือ สารนิโคติน		
6. บุหรี่ที่มียกกรองไม่ช่วยให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลง		
7. โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมด ทั้งภายในและนอกอาคาร		
8. กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ในที่เปิดเผย และสามารถมองเห็นได้ชัดเจน		
9. ผู้ที่ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท		
10. ผู้ที่สูบบุหรี่ภายในอาคารหรือบริเวณที่มีป้าย “เขตปลอดบุหรี่” ถือว่าผิดกฎหมาย		

ส่วนที่ 3 ประวัติการสูบบุหรี่ (เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่)

1. ท่านทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด _____ ปี		
2. ท่านสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาานาน _____ เดือน/ปี		
3. สาเหตุที่สูบบุหรี่		
<input type="checkbox"/> 1.อยากทดลอง	<input type="checkbox"/> 2.เพื่อเข้าสังคม	<input type="checkbox"/> 3.ตามเพื่อนหรือเพื่อนชักชวน
<input type="checkbox"/> 4.ตามอย่างสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/> 5.เพื่อคลายเครียด	<input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ ระบุ _____
4. ปริมาณการสูบต่อวัน _____ มวน		
5. โดยปกติท่านสูบบุหรี่ที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1.ที่บ้านตนเอง	<input type="checkbox"/> 2.ที่ทำงาน	<input type="checkbox"/> 3.ที่บ้านเพื่อน
<input type="checkbox"/> 4.ที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ มุมถนน	<input type="checkbox"/> 5.งานเลี้ยง งานสังสรรค์	<input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ ระบุ _____
6. โดยปกติท่านได้บุหรี่มาโดยวิธีใด		
<input type="checkbox"/> 1. ซื้อจากห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ	<input type="checkbox"/> 2.ฝากเงินให้คนอื่นซื้อให้	<input type="checkbox"/> 3. ซื้อจากเครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติ
<input type="checkbox"/> 4. ขอบุหรี่จากผู้อื่น	<input type="checkbox"/> 5. มีผู้อื่นให้โดยไม่ได้ขอ	<input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ ระบุ _____
7. ท่านสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด		
<input type="checkbox"/> 1.ทันทีภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	<input type="checkbox"/> 2.หลังตื่นนอนนานเกิน 5 นาทีแต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง	
<input type="checkbox"/> 3.หลังครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 4.หลัง 1 ชั่วโมง	
8. ท่านรู้สิ่งอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ห้ามสูบบุหรี่ เช่น ในโรงพยาบาลหรือห้องสมุด		
<input type="checkbox"/> 1.หงุดหงิด	<input type="checkbox"/> 2.เฉยๆ	
9. ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดที่ท่านคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด		
<input type="checkbox"/> 1.มวนแรกที่สูบในตอนเช้า	<input type="checkbox"/> 2.มวนไหนๆก็เหมือนกัน	
10. โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่น ๆ ของวันใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่	
11. ขณะเมื่อท่านป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา ท่านต้องการสูบบุหรี่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1.ต้องการ	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ต้องการ	

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมไม่ปกติในสังคมไทย		
2. ผู้ชายสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
3. ผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
4. ผู้ใหญ่สูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรยอมรับ		
5. วัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
6. การสูบบุหรี่เป็นการแสดงถึงการเป็นคนทันสมัย เท่		
7. การสูบบุหรี่ทำให้ท่านเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ		
8. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่น่าเลียนแบบ		
9. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดและทำลายสุขภาพ		
10. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอันตราย เพราะจะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ		
11. ท่านรังเกียจเพื่อนหรือบุคคลที่สูบบุหรี่		
12. ถ้าท่านสูบบุหรี่ เพื่อนหรือบุคคลรอบข้างจะรังเกียจ		
13. ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ท่านจำเป็นต้องสูบบุหรี่ด้วย		
14. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่โดยไม่จำเป็น		
15. การเลิกบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพของตนเอง		
16. ท่านไม่คิดว่าท่านจะป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่		

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ (เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่เคยสูบบุหรี่)

ส่วนที่ 5.1 ตอบเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
1. ท่านคิดว่า จะเลิกบุหรี่ตอนนี้ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
2. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามเลิกบุหรี่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. เคย _____ ครั้ง	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	
3. ท่านคิดว่า จะสามารถเลิกบุหรี่ได้หรือไม่ หากท่านต้องการเลิกบุหรี่		
<input type="checkbox"/> 1. ได้	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ เนื่องจาก _____	
4. ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. เคยได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับคำแนะนำจากโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่หรือผู้เชี่ยวชาญ		
<input type="checkbox"/> 2. เคยได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับคำแนะนำจากเพื่อน		
<input type="checkbox"/> 3. เคยได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว		
<input type="checkbox"/> 4. เคยได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับคำแนะนำจากโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่หรือผู้เชี่ยวชาญและจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว		
<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ		
ส่วนที่ 5.2 ตอบเฉพาะผู้ที่เคยสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว		
5. ระยะเวลาที่ท่านเลิกสูบบุหรี่		
<input type="checkbox"/> 1. 1-3 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. 4-11 เดือน	<input type="checkbox"/> 3. 1 ปี
<input type="checkbox"/> 4. 2 ปี	<input type="checkbox"/> 5. มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	
6. อะไรคือวัตถุประสงค์ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลิกบุหรี่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1. สุขภาพ	<input type="checkbox"/> 2. ประหยัดเงิน	<input type="checkbox"/> 3. ครอบครัวไม่ชอบให้สูบบุหรี่
<input type="checkbox"/> 4. เพื่อนไม่ชอบให้สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> 5. บทลงโทษที่รุนแรงของโรงพยาบาล	
<input type="checkbox"/> 6. การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ _____	
7. ปัจจัยใดที่มีผลมากที่สุดที่ทำให้ท่านสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ		
<input type="checkbox"/> 1. การสนับสนุนจากครอบครัว		
<input type="checkbox"/> 2. การได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่หรือผู้เชี่ยวชาญ		
<input type="checkbox"/> 3. การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน		
<input type="checkbox"/> 4. ควบคุมตนเอง		
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ _____		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายแพทย์วิทยา พิเชฐวีรชัย เกิดเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพ.ศ. 2552 หลังสำเร็จการศึกษาได้รับราชการเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน เมื่อปีพ.ศ. 2552-2553 ต่อมาจึงเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลเขียงกลาง จังหวัดน่าน ปีพ.ศ. 2553-2554 และในปีพ.ศ. 2554-2556 ได้ย้ายมาปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก กรมอนามัย จากนั้นจึงได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรเวชศาสตร์ ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา

2557 และศึกษาในระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ แขนงอายุรเวชศาสตร์ ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2558

