

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย

รุ่งนภา สังข์แก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รุ่งนภา สังข์แก้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา
ได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....พรนภา หอมสินธุ์.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....Weena T.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม)

.....พรนภา หอมสินธุ์.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

.....สุภาภรณ์ คิ้วงแพง.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วงแพง)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คุณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ท่านสาธารณสุขอำเภอ วังน้ำเขียว ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความมานะ อดทน ทั้งยังคอยช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณครอบครัว ที่อบอุ่นที่ให้ความรักและกำลังใจ แก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในการศึกษาคั้งนี้

รุ่งนภา สังข์แก้ว

53920605: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย

รุ่งนภา สังข์แก้ว: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย (FACTORS ASSOCIATED WITH INTENTION TO SMOKING CESSATION AMONG MALE PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D., รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D. 84 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยชายที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 6 เดือน โดยมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .480, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .346, p < .001$) ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) รายได้ ($r = .218, p < .05$) ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($r = -.180, p < .05$) ส่วนอายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเรื้อรังชาย ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการสนับสนุนของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข

53920605: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: INTENTION TO SMOKING CESSATION, MALE PEOPLE WITH CHRONIC
DISEASES

RUNGNAPHA SANGKAEW: FACTORS ASSOCIATED WITH INTENTION TO
SMOKING CESSATION AMONG MALE PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES.

ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA HOM SIN, Ph.D., RUNGRAT SRISURIYAWET,
Ph.D. 84 P. 2016.

This correlational study aimed to describe intention to smoking cessation and to examine factors associated with intention to smoking cessation among males with chronic diseases. Participants were 100 males patients with diabetes mellitus and hypertension in Wangnamkhiao district, Nakhonratchasima province. Data were collected by using questionnaires. Descriptive statistics and Pearson product moment correlation were used to analyze data.

The study results indicated that the participants reported increasing in intention to quit for at least 1 and 6 months. The level of intention to smoking cessation was at a moderate level. The factors that were found significantly associated with intention to smoking cessation were smoking cessation self-efficacy ($r = .480, p < .001$), social support ($r = .346, p < .001$), attitude towards smoking cessation ($r = .290, p < .01$), income ($r = .218, p < .05$) and number of cigarette uptake per day ($r = -.180, p < .05$). However age, age at smoking onset, education, duration of having chronic diseases, duration of smoking, number of quit attempts, smoking of close people were not significantly associated with smoking cessation.

This study results provide the basic knowledge for development of effective smoking cessation program for males with chronic diseases by focusing on enhancing self-efficacy, changing attitudes and support from family and health personnel.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี.....	11
โรคเรื้อรัง.....	15
ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง.....	22
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	25
3 การดำเนินการวิจัย.....	31
ประชากร.....	31
กลุ่มตัวอย่าง.....	31
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือการวิจัย.....	33
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
4 ผลการวิจัย.....	38
ข้อมูลทั่วไป.....	38
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่.....	40
ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุน ทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่.....	42
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่.....	42
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่.....	43
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	45
อภิปรายผลการวิจัย.....	46
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	52
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	53
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก.....	62
ภาคผนวก ก.....	63
ภาคผนวก ข.....	65
ภาคผนวก ค.....	67
ภาคผนวก ง.....	72
ภาคผนวก จ.....	79
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	84

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง.....	17
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	39
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	41
4 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย ที่ศึกษา.....	42
5 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่.....	43
6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรค เรื้อรังชาย.....	44
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายข้อ.....	80
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายข้อ.....	81
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ....	83

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

สังคมไทยปัจจุบันภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ที่เน้นการพัฒนาทางด้านวัตถุอย่างไม่มีที่สิ้นสุด สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมตะวันออกที่เป็นสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมตะวันตกที่เป็นสังคมอุตสาหกรรม จากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมือง ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคเปลี่ยนไป เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยมเลียนแบบต่างชาติ ละเลยความเป็นไทย ฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย แข่งแย่งแข่งขัน ใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบจนขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม มองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ นิยมอาหารจานด่วน อาหารรสจัดที่มีความเค็มและหวานมากเกินไป รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดสะสม สูบบุหรี่และบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพที่จะนำไปสู่ภาวะโรคต่าง ๆ ทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ อันได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2551 พบว่าประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2556 ก) และปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคเรื้อรังของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานอัตราการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ใน 5 โรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548-2551 ประมาณ 1.2-1.6 เท่า สำหรับในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 1,149, 845, 684, 505 และ 257 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) จะเห็นได้ว่า โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย

จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า 5 อันดับโรคเรื้อรังแรกที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 25.3 จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 33.0 เพศหญิง ร้อยละ 5.6 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 17.9 จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 39.7 เพศหญิง ร้อยละ 1.9 โรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.6 จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 31.5 เพศหญิง

ร้อยละ 1.9 โรคหลอดเลือดสมองสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 14.1 จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 22.7 เพศหญิง ร้อยละ 3.7 และโรคหลอดเลือดหัวใจสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 9.9 จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 18.5 เพศหญิง ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ (สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2555) รายงานสถิติข้อมูลอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย จากปี พ.ศ. 2550-2555 พบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,570.63 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 795.04 เป็น 1,050.05 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 328.63 เป็น 427.53 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 255.85 เป็น 354.54 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเพศในปี พ.ศ. 2555 พบว่า อัตราป่วยของผู้ป่วยเพศชายโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 1,326.47, 802.71, 1,149.28 และ 395.88 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราป่วยของผู้ป่วยเพศหญิงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 1,806.27, 1,289.04, 1,193.98 และ 314.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า โรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย แต่อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงกว่า 30 เท่า

จากรายงานสถิติข้อมูลอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับจังหวัดที่อยู่ในความดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา อันได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ พบว่า จังหวัดนครราชสีมามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงเป็นลำดับที่ 1 โดยมีอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 930.41 เป็น 1,590.25 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 698.45 เป็น 1,046.26 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) สำหรับอำเภอวังน้ำเขียวซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ก็พบสภาพปัญหาดังกล่าวเช่นกัน โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาล วังน้ำเขียว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 827 ราย เป็น 1,347 ราย และโรคเบาหวานเพิ่มจาก 644 ราย เป็น 820 ราย (โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, 2555, 2556, 2557)

โรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้ยังสูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดอันตราย

ต่อร่างกายมากขึ้น และนำไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ เนื่องจากเมื่อวันบุนหรือดูซึมเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตจะสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท ไขมันในเลือดชนิดดี (High density lipoprotein) ลดลง ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) เพิ่มขึ้น และยังทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด ไขมันชนิดไม่ดีมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดมาเกาะตัวกันมากขึ้น เลือดหนืดข้นและแข็งตัวเร็วขึ้นจนทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคไตวาย เป็นต้น (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2555; กุลธิดา เมฆาวสิน, 2552; มุณีธิธรรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555 ก; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555) และในผู้ป่วยโรคเบาหวานสารพิษในควันบุหรี่เป็นตัวทำให้เกิดภาวะดีอินซูลิน ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองของเบตาเซลล์ของตับอ่อนบกพร่องไป ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เกิดการเผาผลาญในเซลล์ผิดปกติ มีการย่อยสลายไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ที่เป็นพิษต่อร่างกายทำให้หลอดเลือดอักเสบ ไขมันที่มีอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายจนเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้น เลือดหนืดข้นและแข็งตัวเร็วขึ้น ทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จนเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า เป็นต้น (มุณีธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555 ข; รัชนา สานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550; อารยา ทองผิว, 2552)

นอกจากบุหรี่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดการสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาลและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ เท่ากับ 43.6 พันล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ ร้อยละ 33.7 และทางอ้อมทางการแพทย์ ร้อยละ 2.2 การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 0.3 และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร ร้อยละ 63.0 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกมลภากร สมมิตร, 2555) การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดการสูญเสียที่ไม่สามารถคิดคำนวณเป็นจำนวนเงินได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ ความทุกข์ทรมาน

ทั้งร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เป็นต้น
 สิ่งทีกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่ร้ายแรงจากการสูบบุหรี่ จากข้อมูล โครงการสำรวจ
 การบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 (2554) จึงพบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 54 มีความคิด
 ที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งความคิดที่จะกระทำหรือความตั้งใจ (Intention) นี้ เป็นตัวทำนายว่าบุคคล
 จะมีพฤติกรรมหรือไม่มีพฤติกรรมใดได้ดีที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความตั้งใจแสดงถึงความพร้อม
 ที่จะนำเข้าสู่พฤติกรรม มีผลการศึกษาจากการสังเคราะห์เชิงอภิธาน (Meta-analysis) สรุปให้เห็นว่า
 ความตั้งใจมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (Fishbein, 2009)

จากการทบทวนผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มี
 ความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่หรือการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุ (เขมิกา ปาหา
 และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Kaleta et al., 2012; Patel et al., 2009;
 Yang et al., 2012) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Kaleta et al., 2012) ระยะเวลา
 ที่เป็นโรคเรื้อรัง (ศิริพร ปาระมะ, 2545; Eklund, Nilsson, Hedman, & Lindberg, 2012) การศึกษา
 (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Ayo-Yusuf & Szymanski, 2010; Feng et al., 2010; Patel et al., 2009;
 Reid, Hammond, Boudreau, Fong, & Siahpush, 2010; Srivastava, Malhotra, Harries, Lal, &
 Arora, 2013) ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Ayo-Yusuf & Szymanski, 2010)
 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (Tsai, Lin, & Tsai, 2012) ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555;
 Panda, Venkatesan, Prsai, Trivedi, & Mathur, 2014; Yang et al., 2012) ความมั่นใจตนเอง
 ในการเลิกสูบบุหรี่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Girma, Assefa, & Deribew, 2010) ทักษะคิดต่อการ
 เลิกสูบบุหรี่ (มัลลิกา มาตระกุล, สุรินทร กลัมพากร และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2555; เขมิกา ปาหา
 และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557; Ayo-Yusuf & Szymanski, 2010; Kaleta et al., 2012) การสูบบุหรี่
 ของบุคคลใกล้ชิด (Garcia, Romero, & Maxwell, 2010; Myung, McDonnell, Kazinets, Seo, &
 Moskowitz, 2010; Yang et al., 2012) รายได้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Patel et al., 2009; Reid et al.,
 2010) และแรงสนับสนุนทางสังคม (พรณี ปานเทวัญ, 2553; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555)

การศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็น โรคเรื้อรัง
 พบจำนวนน้อยมากและตัวแปรที่ศึกษาเน้นปัจจัยส่วนบุคคล (Patel et al., 2009) การศึกษาส่วนใหญ่
 เป็นการศึกษาในต่างประเทศและศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไป สำหรับการศึกษาในประเทศไทย
 พบการศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2553) ที่ศึกษาความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการ
 เลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพบกไทย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และการศึกษา
 ของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 24 เรื่อง
 โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไปที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถจัดออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพสมรส แรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม) ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ (อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ภาวะติดนิโคติน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม (ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ภาวะเครียด/ซึมเศร้า) แต่การศึกษาดังกล่าว มิได้ครอบคลุมถึงประชากรผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง

การศึกษานี้จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Triadic Influence Theory: TTI) ของ Flay and Petraitis (1994) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล (Social/ Interpersonal influences) เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บรรทัดฐานทางสังคม และทัศนคติความเชื่อ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ผลการศึกษาในครั้งนี้ จะทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเพศชาย ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง

ชาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย

สมมติฐานการวิจัย

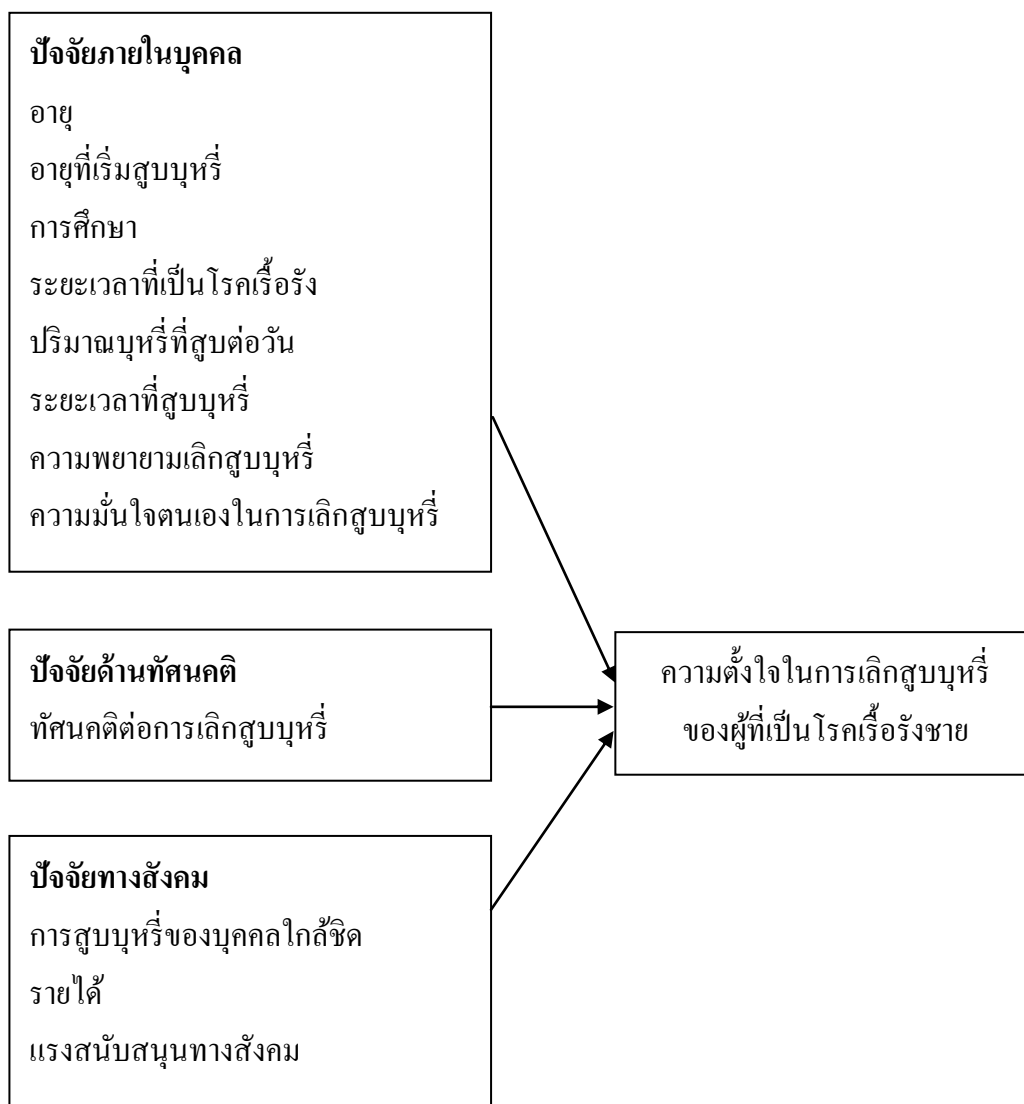
1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
2. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
3. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
4. ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
5. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
6. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
7. ความพยายามเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
8. ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
9. ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
10. การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย

11. รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย

12. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Theory of triadic influence) กล่าวว่า การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ และปัจจัยทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกันหรือพร้อมกัน (Flay & Petraitis, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มคือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล (Social/ Interpersonal influences) ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ และยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังน้ำเขียว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. บุหรี่ หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัดหรือบุหรี่ซิการ์เรตบุหรี่ซิการ์บุหรี่อื่นยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ (พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509, 2509)
2. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ หมายถึง อายุนับเป็นปีที่ได้ทดลองสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนขึ้นไป
3. การศึกษา หมายถึง ระยะเวลาจำนวนเต็มปีที่ได้รับการศึกษานับเริ่มตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาชั้นสูงสุดที่จบการศึกษา
4. ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง หมายถึง จำนวนนับเป็นปี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2
5. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน หมายถึง จำนวนบุหรี่ทุกประเภทนับเป็นมวนที่สูบในแต่ละวัน
6. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนเวลานับเป็นปี ตั้งแต่เริ่มต้นสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน
7. ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความมุ่งมั่น นับเป็นจำนวนครั้งที่คิดหรือกระทำเพื่อการเลิกสูบบุหรี่
8. ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Weber (1992 cited in Homsin, Srisuphan, Pohl, Tiansawad, & Patumanond, 2009) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive dimension) ด้านความรู้สึก (Affective dimension) และด้านการปฏิบัติ (Behavioral dimension)
9. ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเลิกสูบบุหรี่ ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจตนเองต่อการเลิกสูบบุหรี่ของ Velicer, Diclemente, Rossi, and Prochaska (1990) ซึ่งแปลโดย Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy, and Viwatwongkasem (2014)
10. การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด หมายถึง จำนวนพี่น้องหรือเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่
11. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับจากการได้รับค่าตอบแทนหรือการประกอบอาชีพรวมถึงเงินที่ได้รับจากแหล่งอื่น ๆ นับเป็นบาทต่อเดือน
12. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงความช่วยเหลือเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ประกอบด้วย

การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า

13. ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การวางแผนหรือคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนข้างหน้า ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศชาย ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเรียบเรียงเพื่อการศึกษาเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
 - 1.1 ความหมายของบุหรี่
 - 1.2 สารพิษในบุหรี่และผลกระทบของการสูบบุหรี่
2. โรคเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมายและสถานการณ์โรคเรื้อรัง
 - 2.2 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
3. ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Theory of triadic influence)
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ความหมายของบุหรี่

บุหรี่ ในความหมายของพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะเป็นใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (กรมควบคุมโรค, 2554) หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ให้ความหมายของบุหรี่ว่าหมายถึง ยาสูบที่ใช้ใบตองหรือกระดาษ เป็นต้น มวนใบยาที่หั่นเป็นฝอย กล่าวโดยสรุป บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ซึ่งมวนด้วยใบตองหรือกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษ

สารพิษในบุหรี่และผลกระทบของการสูบบุหรี่

สารเคมีในบุหรืมีมากกว่า 7,000 ชนิด และเป็นสารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เองและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ ส่งผลให้เกิดโรคและการเสพติดขึ้นได้ สารประกอบที่สำคัญในบุหรืมีดังนี้

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ในบุหรี่หนึ่งมวนจะมีสารนิโคติน 0.1-2.8 มิลลิกรัม บุหรี่ก้นกรองไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง สารนิโคตินพบในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี เมื่อสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย สามารถแพร่เข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วและแพร่ผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือดและสมอง (Blood-brain barrier) จึงออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองภายใน 7 วินาที และออกฤทธิ์นาน 5-120 นาที กลไกการเสพติดสารนิโคติน เกิดจากการที่สารนิโคตินกระตุ้นตัวรับรู้อาร์นิโคติน (Nicotine receptor) ของสมองส่วนกลางตรงบริเวณปลายประสาทของเวนทรอล เทกเมนทอล (Ventral tegmental) ทำให้เกิดการหลั่งโดปามีน (Dopamine) ในนิวเคลียสแอคคิวเบนส์ (Nucleus accumbens) ออกมามากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่ตีร่าแรง มีความสุข นอกจากนี้สารนิโคตินยังส่งผลต่อสารอื่น ๆ ทำให้เพิ่มการหลั่งมากขึ้น ได้แก่ อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ทำให้เกิดการตื่นตัว ความจำและสมาธิดีขึ้น ซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้เกิดการรักษาระดับอารมณ์ และลดความอยากอาหาร นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดการตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น และลดความอยากอาหาร กลูตามัต (Glutamate) และวาโซเพรสซิน (Vasopressin) ทำให้เพิ่มความจำ เบต้า-เอนดอร์ฟิน (β -endorphin) และแกมมาอะมิโนบิวทีริก แอซิด (Gamma-Aminobutyric Acid, GABA) ลดความวิตกกังวล ความเครียด การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายได้รับสารนิโคติน ผลก็คือ ผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดความรู้สึกเป็นสุข ฟังพอใจ ความรู้สึกถูกกดดันต่าง ๆ ลดลง เกิดแรงจูงใจในการทำงาน กระปรี้กระเปร่า ความจำและสมาธิดีขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันจะรู้สึกไม่อยากอาหาร ความรู้สึกเหล่านี้เรียกว่า ความรู้สึกเชิงบวก (Positive reinforcement) ดังนั้น สมองจึงเกิดความต้องการนิโคตินอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันทำให้ระดับสารนิโคตินในสมองลดลง การกระตุ้นสารสื่อประสาทต่าง ๆ ในสมองลดลงอย่างมาก สมองและร่างกายจะปรับตัวต่อความต้องการเพิ่มระดับสารนิโคตินที่มากขึ้น ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนแรง หิวบ่อย ความรู้สึกเหล่านี้เรียกว่า ความรู้สึกเชิงลบ (Negative reinforcement) หรืออาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal) อาการและความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่แล้วกลับต้องมาสูบบุหรี่อีกและไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายนัก (ฉันทนา แรงสิงห์, ม.ป.ป.; รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

2. ทาร์ (Tar) เป็นคราบน้ำมันข้นเหนียว ประกอบด้วยสารหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง เกาะกันเป็นสีน้ำตาลแก่ เกิดจากการเผาไหม้ของกระดาษและใบยาสูบ ประมาณร้อยละ 50 ทาร์จะไปจับที่ปอดเมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีฝุ่นละอองต่าง ๆ ปนอยู่เข้าไป สารทาร์ที่ปอดจะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่หายใจเข้าไปนั้น แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ จะทำลายถุงลมปอด

ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง เนื้อเยื่อหอบง่าย และเป็นสารก่อให้เกิดโรคมะเร็งของบริเวณเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับสารทาร์ได้ ขณะสูบบุหรี่จะมีทาร์ตกค้างอยู่ในปอด หลอดลมใหญ่และหลอดลมเล็กประมาณร้อยละ 90 และจะขับออกมาพร้อมกับลมหายใจเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ดังนั้น ทาร์จึงเป็นตัวการทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่นเกิดจากการเผาไหม้ของไบโอยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ซึ่งก๊าซนี้มีคุณสมบัติในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเม็ดเลือดแดง (Red blood cell) ได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจน (Oxygen) ประมาณ 200 เท่า ทำให้รบกวนการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงจากถุงลมไปสู่เนื้อเยื่อ ทำลายคุณสมบัติของเม็ดเลือดแดงในการเป็นตัวนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ และทำให้เม็ดเลือดแดงใช้เวลาในการจับกับออกซิเจนนานกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 เกิดอาการมึนงง การตัดสินใจช้า คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย ซึ่งชักนำไปสู่เกิดการเสื่อมหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจ นอกจากนี้ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอ หากร่างกายมีก๊าซนี้จำนวนมากจะทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เกิดจากสารไนเตรทในบุหรี่ ทำให้เกิดไฮโดรเจนไซยาไนด์ก๊าซนี้ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้นซึ่งบริเวณนี้ทำหน้าที่คอยช่วยคัดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เช่น ฝุ่นละอองไม่ให้เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ เมื่อร่างกายได้รับก๊าซนี้ส่งผลให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน สารนี้เป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ที่เกี่ยวกับการหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจและผนังหลอดเลือด (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซที่มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง การยืดหยุ่นของถุงลมในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อหอบง่าย และเกิดโรคถุงลมโป่งพองในที่สุด (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

6. แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารที่เติมเข้าไปในปุ๋ย เพื่อให้สามารถดูดซึมไนโตรเจนเข้าสู่กระแสเลือดได้รวดเร็วโดยอาศัยปฏิกิริยาเคมีกับสารประกอบในยาสูบ จะเปลี่ยนไนโตรเจนให้เป็นค่ามากขึ้น เรียกว่า Free-base ซึ่งจะกลายเป็นไอได้ง่าย เปลี่ยนสภาพเป็นก๊าซที่มีอนุภาคของควันบุหรี่ซึ่งจะระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีอาการแสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก นอกจากนี้แอมโมเนียยังเพิ่มฤทธิ์ของการเสพติดโคตินอีกด้วย (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

7. สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่มีสารโพลีเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟา เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรี่เป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้คนที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย (สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

8. แคดเมียม (Cadmium) ในบุหรี่หนึ่งมวนมีแคดเมียม 1-2 ไมโครกรัม และร้อยละ 10 ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาสูบบุหรี่ แคดเมียมทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและมะเร็งต่อมลูกหมาก ในใบยาสูบมีส่วนประกอบของแคดเมียมในปริมาณที่แตกต่างกัน ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีการสะสมปริมาณของแคดเมียมไว้ในร่างกายเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละ 0.5-1.2 มิลลิกรัม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อไต และสมอง (สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

9. ฟอรัมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) ในคนที่สูบบุหรี่วันละ 20-25 มวน จะได้รับสารฟอรัมาลดีไฮด์ 0.8-1.0 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาพบว่า สารฟอรัมาลดีไฮด์เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ปริมาณฟอรัมาลดีไฮด์ที่มากกว่า 2.5-3 ppm จะทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจและเยื่อบุตา และอาจก่อให้เกิดอาการแพ้รุนแรงได้ (สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555)

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งต่อผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เนื่องจากในบุหรี่มีสารพิษมากมายหลายชนิด จึงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) โดยผลกระทบระยะสั้นจะเกิดขึ้นทันทีที่สูบบุหรี่ ได้แก่ เกิดอาการแสบตาน้ำตาไหล เกิดกลิ่นที่นำรังเกียจตามร่างกาย เสื้อผ้า และลมหายใจมีกลิ่นเหม็น ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรสจะทำหน้าที่ได้ลดลงทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ขนอ่อนที่ทำหน้าที่โบกเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมทำงานได้ช้าลง ทำให้เกิดการติดเชื้องของระบบทางเดินหายใจ มีการหลังกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เลือดหนืดข้นมากขึ้น การนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้ เป็นต้น

ส่วนผลกระทบระยะยาวที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานานเป็นแรมปี ได้แก่ ก่อให้เกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ เกิดอาการของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายตีบตัน อาจถึงขั้นตัดแขนตัดขาทั้งได้เป็นต้น

โรคเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรค NCDs ย่อมาจากคำว่า Non-communicable diseases หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ โดยทั่วไปเรียกว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ซึ่งแตกต่างจากโรคติดเชื้อส่วนใหญ่ ที่มีมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว โรคเรื้อรังที่สำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังรวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด (สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส], 2557)

สุนทร ตรีรัตน์ (2555) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรัง คือ โรคที่ไม่เกิดจากเชื้อโรคหรือเชื้อจุลินทรีย์ต่าง ๆ แต่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล ทั้งการกิน นอนพักผ่อน ออกกำลังกาย และการทำงาน โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (2556) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง

กล่าวโดยสรุป คือ โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุลทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

สถานการณ์ของโรคเรื้อรัง

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ทัวโลกให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรัง เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม นิยมอาหารจานด่วน อาหารรสจัดที่มีความเค็มและหวานมากเกินไป รับประทานผักผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดสะสม สูบบุหรี่และบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเหล่านี้ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังขึ้น อันได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง เป็นต้น (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554; คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556)

โรคเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548-2551 ประมาณ 1.2-1.6 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก คิดเป็น 14,328, 9,702, 2,565, 1023 และ 980 ต่อแสนประชากร และเป็นผู้ป่วยใน คิดเป็น 1,149, 845, 684, 505 และ 257 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญในลำดับแรก ๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 เพิ่มขึ้นจาก 2,709.06 (กรมควบคุมโรค, 2555) เป็น 5,288.01 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2556 ข) และอัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 1,394.91 (กรมควบคุมโรค, 2555) เป็น 2,800.80 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2556 ข) การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,570.63 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 795.04 เป็น 1,050.05 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2555)

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 930.41 เป็น 1,590.25 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 698.45 เป็น 1,046.26 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) เมื่อทำการเปรียบเทียบจังหวัดที่อยู่ในความดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา อันได้แก่ จังหวัด

นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสูงเป็นลำดับที่ 1 จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของประเทศรวมทั้งจังหวัดนครราชสีมาที่บุคลากรสาธารณสุขและทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจในการหาแนวทางแก้ไขปัญหอย่างจริงจังและเร่งด่วน

โรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้ให้คำนิยามของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) มากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่าเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงเพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรค และให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงโดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้จำแนกความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง

การจำแนก	ความดันโลหิต		ความดันโลหิต
	ซิสโตลิก		ไดแอสโตลิก
	มม.ปรอท		มม.ปรอท
ความดันโลหิตปกติ	< 120	และ	< 80
ก่อนความดันโลหิตสูง	120-139	และ/ หรือ	80-89
ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย	140-159	และ/ หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง	160-179	และ/ หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง	≥ 180	และ/ หรือ	≥ 110
ความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก	≥ 140	และ	< 90

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกชนิดของโรคความดันโลหิตสูงในทางคลินิกจะพิจารณาตามสาเหตุของการเกิดโรค สามารถจำแนกได้ 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential or idiopathic hypertension) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ได้ประมาณร้อยละ 90-95 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม เช่น ความผิดปกติของยีนในร่างกาย เพศ อายุ โดยพบว่า การเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะเริ่มเป็นเมื่ออายุ 25-55 ปี และจะพบมากในคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและการรบกวนระบบประสาทซิมพาเทติก (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2555) ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิวรรณ อุন্নากิริย์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2555)

2. ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุชักนำ (Secondary hypertension) พบความดันโลหิตสูงชนิดนี้ประมาณร้อยละ 5-10 โดยมีสาเหตุชักนำมาจากโรคอื่นหรือภาวะผิดปกติบางประการ เช่น โรคของไต โรคของต่อมหมวกไต โรคของระบบต่อมไร้ท่อ ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic regurgitation) การใส่ยาคุมกำเนิด การหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Sleep apnea) เป็นต้น (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2555; ลิวรรณ อุन्नากิริย์ และคณะ, 2555)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตของร่างกายถูกกำหนดโดยปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และความต้านทานโดยรวมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total peripheral resistance) การมีระดับความดันโลหิตสูงไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดได้อย่างชัดเจน อาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น หรือกลไกของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ทำงานผิดปกติ (ลิวรรณ อุन्नากิริย์ และคณะ, 2555) อย่างไรก็ตามในร่างกายยังมีระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ 4 ระบบ ได้แก่ 1) ตัวรับความดันและตัวรับเคมีในหลอดเลือดแดง จะเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เมื่อความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนพรีน (Nor-epinephrine) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความแรงในการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น 2) การควบคุมปริมาตรสารน้ำในร่างกาย ไตมีบทบาทสำคัญในระบบนี้ เนื่องจากเมื่อมีโซเดียมและปริมาณของน้ำในร่างกายมากเกินไป ไตจะคัดเกลือและน้ำกลับเพื่อเพิ่มปริมาตรน้ำนอกเซลล์ ทำให้ปริมาตรเลือด

โดยรวมเพิ่มขึ้น ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3) ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin) เนื่องจาก เรนินเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากไต มีฤทธิ์ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน ซึ่งเป็นโปรตีนในพลาสมาที่สร้างจากตับ ให้เป็น แองจิโอเทนซิน 1 (Angiotensin I) และแองจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติ้งเอนไซม์ (Angiotensin converting enzyme) จากปอดจะเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 เป็นแองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นการหลั่งแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ของต่อมหมวกไต แองจิโอเทนซิน 2 โดยร่วมกับการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการยับยั้งการขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และ

4) การควบคุมตัวเองของหลอดเลือดเป็นปรับตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มหรือลดปริมาตรของเลือด ในหลอดเลือด การขยายตัวและการหดตัวของหลอดเลือดนี้ย่อมมีผลต่อแรงต้านทานของ หลอดเลือด และมีผลต่อระดับความดันในหลอดเลือดแดงด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการสูบบุหรี่ทำให้นิโคตินและสารพิษในควันบุหรี่ถูก ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด มีผลโดยตรงทั้งต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายอะดรีนาลีน (Adrenaline) ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาททำให้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นและผลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) ในขณะที่เดียวกันทำให้ไขมันในเลือดชนิดดี (High density lipoprotein) ลดลง

สารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดซึ่งไปกระตุ้นเม็ดเลือดขาว ชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ในร่างกายให้เพิ่มจำนวนขึ้น โดยจะมีลักษณะแบบ Band form ซึ่งเป็น เซลล์ตัวอ่อนมาปะปนในขณะที่เซลล์ตัวเต็มวัยจะมีปริมาณ L-selectin มากขึ้น เป็นจุดเริ่มต้นให้ นิวโทรฟิล (Neutrophil) เกาะกันกับเอ็นโดทีเลียม (Endothelium) และนิวโทรฟิล (Neutrophil) ตัวอื่น ๆ จนเกิดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งเอ็นโดทีเลียล เซลล์ (Endothelial cell) เป็นเซลล์ที่เป็นองค์ประกอบของหลอดเลือดอยู่ด้านในสุดของผนังหลอดเลือดมีการเรียงตัวเป็นชั้นบาง ๆ ทำหน้าที่หลั่งสารที่มีผลต่อความยืดหยุ่นและโครงสร้างของหลอดเลือด รวมถึงสารเคมีที่มีฤทธิ์ เหนี่ยวนำให้เซลล์เกิดการอักเสบชนิดต่าง ๆ ผ่านเข้ามาสะสมยังผนังหลอดเลือด สารที่สำคัญที่สร้าง จากเอ็นโดทีเลียล เซลล์ (Endothelial cell) คือ ไนตริก ออกไซด์ (Nitric oxide) ซึ่งมีบทบาทเป็น สารต้านการอักเสบ ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว จึงป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของ เอ็นโดทีเลียล เซลล์ (Endothelial cell) ลดลง ทำให้ปริมาณ การสังเคราะห์ไนตริก ออกไซด์ (Nitric oxide) ลดลง ด้วยสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะแรก คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวที่ตอบสนองต่อการอักเสบจำนวนมากเคลื่อนที่เข้ามาและเกาะติดกับผนัง

หลอดเลือด เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแบ่งตัวเพิ่มจำนวน มีการเพิ่มขึ้นของ Angiotensin converting enzyme และตัวรับ Chemokines และ Cytokine ถูกหลั่งออกมา และปริมาณอนุมูลอิสระที่มากขึ้น เมื่อเหตุการณ์เหล่านี้ดำเนินไปเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องจนในที่สุดเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เมื่อกลไกดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการขาดออกซิเจนของร่างกายจากคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ที่อยู่ในบุหรี่เข้าไปจับกับโมเลกุลของเม็ดเลือดแดงแทนที่ออกซิเจน ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถนำออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ยิ่งทำให้เกิดการทำลายเซลล์ชั้นในของหลอดเลือดมากขึ้น ไชมันชนิดต่าง ๆ เช่น ไชมันในเลือดชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein) ที่มีอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายจนเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้น เลือดหนืดขึ้นและแข็งตัวเร็วขึ้น จนทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคไตวาย เป็นต้น (กุลธิดา เมฆาวสิน, 2552; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555; Ambrose & Barua, 2004)

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตา ไต หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแย่ง เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก

American Diabetes Association (2011) ได้นิยามเบาหวานว่า หมายถึง โรคที่เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเกิดจากความบกพร่องของการผลิตอินซูลินหรือการหลังอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้ 4 ชนิด ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type I diabetes) หรือเรียกว่าโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Independent Diabetes Mellitus: IDDM) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่พบในคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากระบบฮอร์โมนในร่างกายทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากระบบออโตอิมมูน (Autoimmune) และโรคเบาหวานชนิดนี้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetes ketoacidosis) ได้ (ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ, 2555; สารัช สุนทรโยธิน และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II diabetes) หรือเรียกว่า โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM) พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90-95 โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากภาวะที่ร่างกายคืออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน พบในผู้ที่อายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวชัดเจน หรือรูปร่างอ้วนหรือรูปร่างปกติแต่มีภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal obesity) (ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ, 2555; สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

3. โรคเบาหวานที่ตรวจพบขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นภาวะที่ตรวจพบระหว่างตั้งครรภ์ และมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสภาวะสมดุลของฮอร์โมนในร่างกายโดยมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ต้านอินซูลิน ได้แก่ Human placentalactogen (HPL), Progesterone, Cortisol และ Prolactin ทำให้เกิดภาวะคืออินซูลินมากขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อการเกิดเบาหวาน (ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ, 2555)

4. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุเฉพาะ เป็นโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ถูกตัดตับอ่อน โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) Cushing's syndrome โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น หัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital rubella) Cytomegalovirus เป็นต้น (ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ, 2555; สมามคม เบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวาน

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อนทำให้ระดับอินซูลินในกระแสเลือดลดลง เมื่อร่างกายขาดอินซูลิน ตับสามารถผลิตน้ำตาลออกมาได้มากขึ้น เซลล์ไขมันมีการสลายไตรกลีเซอไรด์ออกมาเป็นกรดไขมัน ซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นคีโตน และเมื่อร่างกายมีการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดการสลายไกลโคเจน ไขมัน และโปรตีน มากเกินกว่าที่ร่างกายจะนำไปใช้ได้ เซลล์มีความสามารถในการใช้น้ำตาลและคีโตนลดลง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลและคีโตนในกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetes ketoacidosis) ขึ้น (สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เกิดจากภาวะคืออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถดึงน้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่างกายจะมีการปรับตัวให้อยู่ในภาวะ

อินซูลินในเลือดสูง ซึ่งส่งผลให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินในระดับปกติได้ ต่อมาจึงมีอินซูลินเริ่มลดลง ซึ่งแม้ว่าจะยังสูงกว่าในคนปกติ แต่ไม่เพียงพอในการช่วยให้เซลล์ต่าง ๆ ลำเลียงน้ำตาลเข้าไปใช้ภายในเซลล์ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหลังอาหาร จนในระยะสุดท้ายระดับอินซูลินลดลงมาก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งก่อนและหลังอาหาร และเมื่ออินซูลินน้อยลง กลูคากอนจะมีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยอัตโนมัติ ซึ่งจะมีผลให้ไปเร่งการสลายไกลโคเจนที่ตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้น จนเมื่อเกินขีดกั้นของไต น้ำตาลจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ (ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ, 2555; สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่เป็นตัวทำให้เกิดภาวะคืออินซูลิน (Insulin resistance) กล่าวคือ มีระดับอินซูลินมากขึ้น แต่เซลล์กลับตอบสนองอินซูลินได้น้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองของเบตาเซลล์ของตับอ่อนบกพร่องไป ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เกิดการเผาผลาญในเซลล์ตับผิดปกติ มีการย่อยสลายไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ที่เป็นพิษต่อร่างกายทำให้หลอดเลือดอักเสบ ไขมันที่มีอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายจนเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้น เลือดหนืดข้นและแข็งตัวเร็วขึ้น ทำให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนลิ่มเลือดได้ง่าย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จนเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานตามมา ได้แก่ โรคของจอตา (Retinopathy) โรคแทรกซ้อนที่ไต (Nephropathy) โรคของปลายประสาท (Neuropathy) เป็นต้น (มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555; รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550; อารยา ทองผิว, 2552)

ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The triadic influence theory)

ทฤษฎีอิทธิพลสามทางของ Flay and Petraitis (1994); Flay, Snyder, and Petraitis (2009); พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2553) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกล่าวถึงจุดเริ่มต้นของพฤติกรรม ชนิดของพฤติกรรม ทางเลือกของบุคคลในการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

เป็นต้น และบูรณาการเข้ากับแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยา ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล แบ่งออกได้เป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral control) เช่น ความยับยั้งชั่งใจ กระตือรือร้น หุนหันพันแค้น ก้าวร้าว 2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) เช่น การตัดสินใจ อารมณ์ความรู้สึก ความวิตกกังวล 3) ความเฉลียวฉลาดทางปัญญา (Intelligence) 4) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น (Extraversion) เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ความเชื่อมั่นใจตนเองของบุคคลที่มีต่อผู้อื่น และ 5) ความสามารถทางสังคม (Sociability) เช่น การแสดงความ เป็นมิตร การยอมรับผู้อื่น การยินยอมทำตามผู้อื่น องค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบในปัจจัยภายในบุคคล ก่อให้เกิด 1) การรู้จักตนเอง (Sense of self) ที่มาจากการบูรณาการตนเอง (Ego integration) ความรู้สึกมีคุณค่าหรือด้อยค่าในตนเอง (Self esteem/ Derogation) ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) ส่งผลให้เกิดการกำหนดตนเอง (Self determination) และ 2) สมรรถนะทางสังคม (General social competence) ที่เกิดจากทักษะทางการศึกษา (Academic skills) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction skills) และทักษะทางสังคมทั่วไป (General social skills) ส่งผลให้เกิดทักษะเฉพาะทางสังคม (Specific social skills) โดยการกำหนดตนเองและทักษะเฉพาะทางสังคม ทำให้บุคคลรู้จักตนเองและตระหนักในศักยภาพทางสังคมของตนเอง นำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) เป็นปัจจัยที่ไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากองค์ประกอบด้านปัจจัยภายในตัวบุคคลและองค์ประกอบด้านปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) มาจากความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรม (Awareness of behavior) การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร (Exposure to information) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Consequences of behavior) และความคาดหวังในผลของพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Physiological, psychological and social expectations from behavior) มีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม (Expectations from behavior) และ 2) ค่านิยม (Values) มาจากศาสนาวัฒนธรรม (Religiosity) การเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Political alienation) ความเป็นอิสระ (Independence) การเบี่ยงเบน (Deviance) การศึกษา (Education/ Academic) สุขภาพ (Health) การยอมรับทางสังคม (Social acceptance) และการแสวงหาความสุข (Hedonism) มีผลต่อการประเมินค่าของผลที่ตามมา (Evaluation of

consequences) โดยความรู้ ความคาดหวัง และค่านิยม การประเมินค่า นำไปสู่ทัศนคติที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. ปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล (Social/ Interpersonal influences) เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการสังเกตและเรียนรู้ เลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งประกอบด้วย 1) ความผูกพันทางสังคมที่มาจากครอบครัว โรงเรียน ความเชื่อทางศาสนา และเพื่อน มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรม (Motivation to comply) และ 2) การเรียนรู้ทางสังคมที่เกิดจากพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลอื่น ที่มาจากบิดามารดา ผู้ใหญ่ สื่อต่าง ๆ และเพื่อน มีผลต่อบรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้ (Perceived norms) โดยแรงจูงใจและบรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้ นำไปสู่ความเชื่อที่เป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากมีปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ และปัจจัยทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกัน หรือพร้อมกัน ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทัศนคติความเชื่อ และบรรทัดฐานทางสังคม ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะส่งผลถึงพฤติกรรมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับของอิทธิพลซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Flay et al., 2009) ได้แก่ อิทธิพลที่ส่งผลได้มากหรือโดยตรง (Proximal influence) อิทธิพลที่ส่งผลปานกลางหรือโดยอ้อม (Distal influence) และอิทธิพลที่ส่งผลได้น้อย (Ultimate influence)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีอิทธิพล 3 ทางมาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย จังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งปัจจัยที่จะศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และปัจจัยทางสังคม (Social/ Interpersonal influences) ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ให้เลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเพศชาย ได้ดังนี้

1. อายุ

อายุเป็นลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล คนที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีรูปแบบการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรมและความตั้งใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป (ชาติเฉลิม สุรชาญชัย, 2544 อ้างถึงใน สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2551) อายุที่แตกต่างกันจึงย่อมมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ เหมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34; p < .01$) การศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ที่ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้งหมด 24 เรื่อง พบว่า ผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี และอายุ 60 ขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.78 เท่า (95%CI = 1.76-1.79) และ 4.03 เท่า (95%CI = 4.00-4.07) ของผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ส่วนการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวของชาวโปแลนด์ พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ชายอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงเป็น 19.0 เท่า (95%CI = 10.40-34.70) ของผู้ที่มีอายุ 25-29 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al. (2009) เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการเลิกบุหรี่ พบว่า ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เลิกบุหรี่ได้ สูงเป็น 2.76 เท่า (95% CI = 1.72-4.43) ของผู้ที่อายุ 18-24 ปี และการศึกษาของ Yang et al. (2012) เกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของชาวจีนวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 ปีข้างหน้าสูงเป็น 2.85 เท่า (95%CI = 1.25-6.50) ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี

2. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่

อายุสะท้อนถึงวุฒิภาวะทางความคิด และการตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมและความตั้งใจในการกระทำที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุระหว่าง 20-24 ปี จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สูงเป็น 1.62 เท่า (95%CI = 1.38-1.91) ของผู้เริ่มสูบบุหรี่ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และผู้เริ่มสูบบุหรี่ที่อายุมากกว่า 21 ปี มีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 12.17 เท่า (95%CI = 6.90-22.14) ของคนที่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) พบว่า ผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่อายุ 18-20 ปี มีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี 1.34 เท่า (95% CI = 1.00-1.79)

3. การศึกษา

การศึกษาเป็นตัวบ่งชี้ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ได้จากการเล่าเรียน รวมถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลด้วย (รววิทย์ วตินสรากร, 2544) ผู้ที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีความรู้ถึงผลดีผลเสียของการสูบบุหรี่และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จึงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับ การศึกษาในแอฟริกาใต้ของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.86 เท่า (95%CI = 1.06-3.26) ของผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาในประเทศจีนของ Feng et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับสูงมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่สูงเป็น 1.39 เท่า (95%CI = 1.00-1.92) และ 1.60 เท่า (95%CI = 1.10-2.32) ของผู้ที่มีการศึกษาน้อย การศึกษาของ Patel et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อนุปริญญา และปริญญาตรีขึ้นไป มีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ สูงเป็น 1.80 เท่า (95%CI = 1.22-2.66), 1.76 เท่า (95%CI = 1.16-2.69) และ 2.24 เท่า (95%CI = 1.42-3.53) ของผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมปลาย ตามลำดับ การศึกษาในประเทศตะวันตก 4 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกาของ Reid et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปานกลาง และการศึกษาระดับสูง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า สูงเป็น 1.21 เท่า (95%CI = 1.13-1.30; $p < .0001$) และ 1.38 เท่า (95%CI = 1.26-1.53; $p < .0001$) ของผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Srivastava et al. (2013) ในประเทศอินเดีย พบว่า การศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีความพยายามเลิกบุหรี่มากขึ้นตามไปด้วย โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีความพยายามเลิกบุหรี่สูงเป็น 1.14 เท่า (95%CI = 1.02-1.27, $p < .05$), 1.45 เท่า (95%CI = 1.45-1.64, $p < .001$) และ 1.77 เท่า (95%CI 1.41-2.22, $p < .001$) ของผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ตามลำดับ

4. ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง

ระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรัง เป็นข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง การจะมีพฤติกรรมการดูแลเองที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น บุคคลต้องรับรู้และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดขึ้น โดยต้องรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้เกิดผลดีในการรักษา ลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) จากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพของ Eklund et al. (2012) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวสวีเดนที่สูบบุหรี่ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะเวลาการดำเนินของยาวนาน พบว่า ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ ด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นเรื่องยากที่จะเลิกบุหรี่เนื่องจากสูบบุหรี่มานาน ไม่มีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเลิกบุหรี่

กลัวผลข้างเคียงจากการเลิกบุหรี่ เช่น วิงเวียน ความดันโลหิตต่ำ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน กลับพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

5. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่ติดนิโคติน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) ย่อมมีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก ในทางกลับกันหากสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ย่อมมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ยากกว่า การศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ 11-15 มวนต่อวัน และสูบบุหรี่ตั้งแต่ 16 มวนต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 เท่า (95%CI = 0.07-0.91) และ 0.19 เท่า (95%CI = 0.15-0.63) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) ที่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน และสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สูงเป็น 1.87 เท่า (95%CI = 1.30-2.70) และ 2.63 เท่า (95%CI = 1.55-4.47) ของผู้ที่สูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน

6. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่

นิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด เนื่องจากไปกระตุ้นสารสื่อประสาทโดปามีน ทำให้ร่างกายมีความสุข (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการ เสพต่อไปและเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ ฉะนั้นในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ๆ หลายปี จะมีภาวะติดนิโคติน ส่งผลให้เลิกบุหรี่ยาก จำนวนปีที่สูบบุหรี่จึงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการ เลิกบุหรี่ จากการศึกษาของ Tsai et al. (2012) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ในช่วง 16-30 ปี มีโอกาสเลิก สูบบุหรี่ได้ คิดเป็น 0.21 เท่า (95%CI = 0.05-0.92; $p < .039$) ของคนที่สูบบุหรี่ในช่วง 0-15 ปี

7. ความพยายามเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ต้องอาศัยความตั้งใจและกำลังใจที่เข้มแข็งของตัวผู้สูบเองเป็นอย่างมาก จึงจะสามารถเลิกบุหรี่ยุติได้สำเร็จ จำนวนครั้งของความพยายามในเลิกบุหรี่ยุติเป็นตัวสะท้อนถึงความ ตั้งใจในการเลิกบุหรี่ยุติ ดังการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่มีพยายามเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง มีโอกาสเลิกบุหรี่ยุติได้สำเร็จ คิดเป็น 2.76 เท่า (95%CI = 2.75-2.76) ของผู้ที่มีความพยายาม เลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ของ Panda et al. (2014) พบว่า ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ภายใต้น 30 วัน สูงเป็น 2.20 เท่า (95%CI = 1.38-3.51) ของผู้ที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่า ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

อย่างน้อย 1 ครั้ง มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่พยายามเลิกสูบบุหรี่เลย สูงเป็น 8.22 เท่า (95%CI = 4.57-14.79)

8. ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ความมั่นใจตนเอง เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะพยายามแสดงออก และกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1986) บุคคลที่มีความมั่นใจในตนเอง มักมีความกล้าที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการที่ถูกต้อง และสามารถประสบความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการจะกระทำได้ การมีความมั่นใจในตนเองจึงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ดังการศึกษาในเอธิโอเปีย ของ Girma et al. (2010) พบว่า ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงเป็น 1.78 เท่า (95%CI = 1.02-3.09) ของผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ และ การศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.94 เท่า (95%CI = 1.14-3.30) ของผู้ที่ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

9. ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่

ทักษะคิดเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีผลมาจากได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดความคาดหวังและมีผลมาจากค่านิยมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ส่งผลต่อการตัดสินใจและความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมออกมา (Flay & Petraitis, 1994) ดังการศึกษาของ มัลลิกา มาตระกุล และคณะ (2555) พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีตนเองในอีก 1 เดือนข้างหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167; p < .001$) การศึกษาของ เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .68; p < .01$) การศึกษาของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) พบว่า หากผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะส่งผลให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 5.17 เท่า (95%CI = 2.12-12.60) ของผู้ที่ไม่เชื่อว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) ที่พบว่า ความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต คิดเป็น 8.18 เท่า (95%CI = 4.70-14.24)

10. การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด

การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างการสูบบุหรี่ จากพี่น้องหรือเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบและและอาจชักชวนกันสูบบุหรี่ จึงย่อมส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ดังการศึกษาของ Garcia et al. (2010) พบว่า ผู้อพยพชาวฟิลิปปินส์เพศชายที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.70 เท่า (95%CI = 0.16-0.87) ของผู้ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่

การศึกษาในแคลิฟอร์เนียของ Myung et al. (2010) พบว่า คนในครอบครัวชาวเกาหลีที่ไม่สูบบุหรี่ มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็น 5.26 เท่า (95%CI = 0.08-0.49) ของครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่า ผู้ที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ในอีก 30 วันข้างหน้า คิดเป็น 2.5 เท่า (95%CI = 0.17-0.94) ของผู้ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่

11. รายได้

รายได้ เป็นสิ่งบ่งบอกสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การมีรายได้สูงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการและโอกาสทางการศึกษาที่มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย จึงได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของการสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจึงยอมส่งผลกระทบต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่า การศึกษาของ Reid et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ระดับสูง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า สูงเป็น 1.17 เท่า (95% CI = 1.07-1.27; $p < .0001$) ของผู้ที่มีรายได้ต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al. (2009) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 50,000 ดอลลาร์สหรัฐขึ้นไป มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ สูงเป็น 2.40 เท่า (95% CI = 1.33-4.33) ของผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 ดอลลาร์สหรัฐและการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อปี ระหว่าง 4 ล้านเยน-5.99 ล้านเยน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 3.79 เท่า (95%CI = 1.21-11.93) ของผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่ำกว่า 4 ล้านเยน

12. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ เช่น ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ด้านสิ่งของ เงินทอง หรือการกระทำเพื่อการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ และด้านการประเมินค่า สะท้อนคิด (House, 1981 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น ครอบครัว คนรัก กลุ่มเพื่อนเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนแสดงออกซึ่งพฤติกรรมไปในทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมี ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2553) เกี่ยวกับความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพไทย พบว่า ทหารกองประจำการให้เหตุผลในการอยากเลิกสูบบุหรี่ว่า “ทำเพื่อคนที่ตนรัก เช่น แม่และแฟน และที่สำคัญคือ ครอบครัว มารดา ภรรยา หรือแฟนขอร้องให้เลิกสูบ” สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากร

สาธารณสุข สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คิดเป็น 3.10 เท่า (95%CI = 1.60-6.10) และ 3.50 เท่า (95%CI = 1.00-12.30) ของคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์ของโรคเรื้อรังมีแนวโน้มของปัญหาและความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะยาวและระยะสั้นต่อตัวผู้สพเองหรือบุคคลใกล้ชิด การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดีขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีหลายปัจจัย สามารถจัดกลุ่มปัจจัยตามแนวคิด ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ 2) ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และ 3) ปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล (Social/ Interpersonal influences) ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ เพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังน้ำเขียว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 246 คน (โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, 2557)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังน้ำเขียว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 100 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน (Pareil et al., 1973)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2 \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2\alpha_2 \cdot p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้

Z = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ ($\alpha.05$; $Z_{0.05} = 1.96$)

N = ขนาดประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังเพศชายที่สูบบุหรี่ในอำเภอวังน้ำเขียว (246)

P = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายคิดจะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 90 ($p = 0.9$)

d = ค่าความคาดเคลื่อนสมมุติของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่าจากสูตร

$$= \frac{246 \times (1.96)^2 \times 9(1-.9)}{246(0.05)^2 + (1.96)^2 \times 9(1-.9)}$$

$$= 89$$

จากการแทนค่าสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน หมายความว่า จำนวนประชากรที่น้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 89 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์เพิ่มข้อมูลอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เท่ากับ 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ
2. ไม่มีประวัติปัญหาสุขภาพจิต
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลวังน้ำเขียวมีตำบลในความรับผิดชอบ 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังน้ำเขียว ตำบลไทยสามัคคี ตำบลวังหมี ตำบลระเริง และตำบลอุดมทรัพย์ ซึ่งแต่ละตำบลมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยมีลักษณะ โครงสร้างทางประชากรเป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะทางสังคมเป็นสังคมชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบสูงและภูเขา มีการคมนาคมไม่สะดวก สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อเลือกตำบลเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ตำบลได้แก่ ตำบลไทยสามัคคีมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน ซึ่งยังไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ

2. สุ่มตำบลแบบกลุ่มครั้งที่ 2 มาอีก 1 ตำบล ได้ตำบลระเริงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอตามที่คำนวณไว้จึงสุ่มแบบกลุ่มครั้งที่ 3 มาอีก 1 ตำบล ได้ตำบลอุดมทรัพย์มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้จึงสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random without replacement) เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพียง 33 คน ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมแล้วทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค รายได้ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาปีที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ เป็นการวัดความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ด้านความรู้สึก (Affective) และด้านการปฏิบัติ (Behavioral) โดยพัฒนาตามแนวคิดของ Weber (1992 cited in Homsin et al., 2009) มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ Likert (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 14, 15 และข้อคำถามเชิงลบได้แก่ ข้อ 7, 8, 9, 10, 12, 13

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
เห็นด้วย	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ของ Velicer et al. (1990) แปลโดย Jianvitayakij et al. (2014) ประกอบด้วยสถานการณ์ที่ใช้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ 20 สถานการณ์ โดยแบ่งสถานการณ์ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านบวก (Positive affect/

Social situation) สถานการณ์ด้านลบ (Negative affect situation) และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ (Habitual/ Craving situation) มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ Likert (Likert scale) 5 ระดับประกอบด้วย มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนน	5
มั่นใจมาก	ให้คะแนน	4
มั่นใจปานกลาง	ให้คะแนน	3
ไม่ค่อยมั่นใจ	ให้คะแนน	2
ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน	1

การแปลผล

คะแนนความมั่นใจสูง หมายถึง มีความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความช่วยเหลือเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981 อ้างถึงใน ประกายจิโรจน์กุล, 2556) ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ จริงอย่างยิ่ง จริง ไม่จริง ไม่จริงอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

จริงอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
จริง	ให้คะแนน	3
ไม่จริง	ให้คะแนน	2
ไม่จริงอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนข้างหน้าว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการตัดสินใจก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ประเมินโดยแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับการวัดมี 10 ระดับ ตั้งแต่

1 ถึง 10 โดยให้คะแนนมาตรวัดปลายข้าวบวมมีค่าสูงที่สุดแล้วค่อย ๆ ลดลง และให้ปลายข้าวบวมมีค่าน้อยที่สุด

การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยมีดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 3 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน แล้วมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่	มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศชายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลวังหมี แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84
ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเขียว สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว
2. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการวิจัยและนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยใน ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและจริยธรรมของนักวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และให้ผู้ช่วยวิจัยลงนามในใบยินยอมว่าเก็บข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นความลับ

ขั้นดำเนินการ

1. ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจัดเตรียมสถานที่ให้เอื้อต่อการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ของการเก็บข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามวันนัด ในห้องแยกที่มีฉีดยาและไม่มีเจ้าหน้าที่ของคลินิก โรคเรื้อรังหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในห้องนั้น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการอ่านแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อ เมื่อมีข้อสงสัยในข้อคำถาม ผู้วิจัยได้อ่านให้ฟังซ้ำอย่างช้า ๆ หรือใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายโดยไม่ได้อธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตามที่ได้นัดหมายไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ขออนุญาตติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่บ้าน
4. นำแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเลือก โดยแจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

ครั้งนี้ ไม่มีผลเสียใด ๆ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมียินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีบุคคล 2 คนลงนามเป็นพยาน

3. การตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ - สกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสแทนแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด คำตอบและข้อความที่ได้จากแบบสอบถาม ทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูลเหล่านั้น การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมและทำลายข้อมูลภายหลังผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และระบุขนาดของความสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความสัมพันธ์ต่ำ ($r = .1-.3$) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = .3-.5$) และระดับความสัมพันธ์สูง (r สูงกว่า $.5$) (Burn & Grove, 2005)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่
4. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษารั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเพศชายที่สูบบุหรี่ จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยเกือบทั้งหมดได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีร้อยละ 6 ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้าน ผลการศึกษาข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง รองลงมาร้อยละ 48.0 เป็นวัยสูงอายุ อายุมากที่สุดเท่ากับ 85 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 33 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี ($SD = 10.68$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.0 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 16.0 เป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 1-5 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังนานที่สุดเท่ากับ 25 ปี สั้นที่สุดเท่ากับ 1 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 5.6 ปี ($SD = 4.87$) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานส่วนใหญ่ สามารถควบคุมโรคได้ คิดเป็น ร้อยละ 92.3 และ 93.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 68.4 ที่สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 44.0 มีรายได้ระหว่าง 1,001-5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้มากที่สุดเท่ากับ 40,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุดเท่ากับ 500 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,420 บาทต่อเดือน ($SD = 7,926.82$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 100$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)	2	2.0
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)	50	50.0
วัยสูงอายุ (≥ 60 ปี)	48	48.0
Min, Max = 33, 85; $M = 61.4$; $SD = 10.68$		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	5.0
ประถมศึกษา	82	82.0
มัธยมศึกษา	9	9.0
อนุปริญญา	3	3.0
ปริญญาตรี	1	1.0
รายได้ต่อเดือน		
$\leq 1,000$ บาท	20	20.0
1,001-5,000 บาท	44	44.0
5,001-10,000 บาท	21	21.0
$> 10,000$ บาท	15	15.0
Min, Max = 500, 40,000; $M = 6,420$; $SD = 7,926.82$		
การเป็นโรคเรื้อรัง		
ความดันโลหิตสูง	65	65.0
เบาหวาน	19	19.0
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	16	16.0
ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง		
1-5 ปี	60	60.0
6-10 ปี	29	29.0
11-15 ปี	7	7.0
> 15 ปีขึ้นไป	4	4.0
Min, Max = 1, 25; $M = 5.6$; $SD = 4.87$		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมโรค		
ความดันโลหิตสูง	60	92.3
ควบคุมได้	5	7.7
ควบคุมไม่ได้		
เบาหวาน	13	68.4
ควบคุมได้	6	31.6
ควบคุมไม่ได้		
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	15	93.7
ควบคุมได้	1	6.3
ควบคุมไม่ได้		

พฤติกรรม การสูบบุหรี่

พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 37.0 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 32.0 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง เริ่มสูบบุหรี่อายุมากที่สุดเท่ากับ 45 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 7 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 18.9 ปี ($SD = 6.83$) เกือบทั้งหมดสูบบุหรี่นานกว่า 30 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานที่สุดเท่ากับ 76 ปี น้อยที่สุดเท่ากับ 15 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยเท่ากับ 42.2 ปี ($SD = 12.52$) ประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ 1-5 มวนต่อวัน ปริมาณบุหรี่ที่สูบบมากที่สุดเท่ากับ 20 มวนต่อวัน น้อยที่สุดเท่ากับ 1 มวนต่อวัน ปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยเท่ากับ 7.9 มวนต่อวัน ($SD = 5.49$) ส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดเท่ากับ 5 ครั้ง และน้อยที่สุดคือไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เลย และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ โดยมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่มากที่สุดเท่ากับ 15 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($n = 100$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่		
วัยเด็ก (6-9 ปี)	2	2.0
วัยรุ่นตอนต้น (10-13 ปี)	9	9.0
วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี)	32	32.0
วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี)	19	19.0
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)	37	37.0
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)	1	1.0
Min, Max = 7, 45; $M = 18.9$; $SD = 6.83$		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
≤ 20 ปี	5	5.0
21-30 ปี	7	7.0
31-40 ปี	36	36.0
41-50 ปี	30	30.0
> 50 ปี	22	22.0
Min, Max = 15, 76; $M = 42.2$; $SD = 12.52$		
ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน		
1-5 มวน	51	51.0
6-10 มวน	26	26.0
11-15 มวน	14	14.0
16-20 มวน	9	9.0
Min, Max = 1, 20; $M = 7.9$; $SD = 5.49$		
ความพยายามเลิกสูบบุหรี่		
ไม่เคย	31	31.0
เคย 1 ครั้ง	35	35.0
เคย 2 ครั้ง	18	18.0
เคย 3 ครั้ง	11	11.0
> 3 ครั้ง	5	5.0
Min, Max = 0, 5		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่		
ไม่มี	10	10.0
1-5 คน	55	55.0
6-10 คน	27	27.0
> 10 คน	8	8.0
Min, Max = 0, 15		

ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยค่อนข้างสูง เท่ากับ 49.0 ($SD = 3.87$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 54 ต่ำสุดเท่ากับ 40 มีคะแนนความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยไม่สูง เท่ากับ 62.4 ($SD = 10.29$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 83 ต่ำสุดเท่ากับ 40 และมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยค่อนข้างสูง เท่ากับ 36.7 ($SD = 4.68$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 47 ต่ำสุดเท่ากับ 26 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา ($n = 100$)

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	Max	Min	<i>M</i>	<i>SD</i>
ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	1-60	54	40	49.0	3.87
ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	1-100	83	40	62.4	10.29
แรงสนับสนุนทางสังคม	1-48	47	26	36.7	4.68

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

การศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มากขึ้นตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 6 เดือน โดยมีค่าคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 ($SD = 1.93$) ค่าคะแนนความตั้งใจใน

การเลิกสูบบุหรี่ใน 3 เดือนข้างหน้าเฉลี่ยเท่ากับ 6.4 ($SD = 2.10$) ค่าคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าเฉลี่ยเท่ากับ 7.3 ($SD = 2.26$) และมีค่าคะแนนความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ($SD = 1.87$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
($n = 100$)

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	ช่วงคะแนน	Max	Min	<i>M</i>	<i>SD</i>
ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า	1-10	10	1	5.1	1.93
ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 3 เดือนข้างหน้า	1-10	10	1	6.4	2.10
ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า	1-10	10	1	7.3	2.26
ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่โดยรวม	1-10	10	1	6.3	1.87

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรครีเออร์จาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ รายได้ และปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .480, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .346, p < .001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) รายได้ ($r = .218, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ได้แก่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($r = -.180, p < .05$) ส่วนอายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรครีเออร์จาย ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง
ชาย ($n = 100$)

ปัจจัย	<i>r</i>	<i>P</i>
อายุ	-.119	.118
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่	.079	.219
การศึกษา	-.014	.445
ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง	-.052	.303
ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน	-.180*	.036
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่	-.123	.111
ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่	.119	.120
ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	.480***	.001
ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	.290**	.002
การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด	.155	.062
รายได้	.218*	.014
แรงสนับสนุนทางสังคม	.346***	.001

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสูบบุหรี่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ทักษะคิดต่อการเลิกบุหรี่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 100 คน ร้อยละ 50.0 เป็นผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี ($SD = 10.68$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,420 บาทต่อเดือน ($SD = 7,926.82$) เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 65.0, 19.0 และ 16.0 ตามลำดับ โดยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานส่วนใหญ่ สามารถควบคุมโรคได้ คิดเป็น ร้อยละ 92.3 และ 93.7 ตามลำดับ ร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 1-5 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 5.6 ปี ($SD = 4.87$)
2. ความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มากขึ้นตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 6 เดือน มีค่าคะแนนความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ($SD = 1.87$)
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .480, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .346, p < .001$) ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) รายได้ ($r = .218, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($r = -.180, p < .05$) ส่วนอายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนข้างหน้า เพิ่มขึ้นตามลำดับ ระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ($SD = 1.87$) การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 6 เดือน แต่ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวมในระดับปานกลาง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสูบบุหรี่มานานกว่า 30 ปี ทำให้เกิดเป็นความเคยชินและติดเป็นนิสัย การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสพติดนิโคติน ซึ่งสารนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลาย กระปรี้กระเปร่า (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) และเมื่อสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ๆ จะเกิดอาการคือต่อนิโคติน ทำให้มีความต้องการนิโคตินในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หากเลิกสูบบุหรี่อย่างกะทันหัน จะทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินได้ เนื่องจากสารสื่อประสาทมีจำนวนลดลง อาการถอนนิโคติน ได้แก่ หงุดหงิด ซึมเศร้า กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ วิตกกังวล เป็นต้น (ฉันทนา แรงสิงห์, ม.ป.ป.; สุปราณี เสนาคิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555) ด้วยเหตุนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างจะรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีก็ไม่ได้มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่สูงนัก เพราะกลัวและกังวลกับอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น การคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่จึงมิใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจอย่างมาก ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ มัลลิกา มาตระกุล และคณะ (2555) ที่ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ มวนเองในจังหวัดเชียงราย มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่พบว่าข้าราชการตำรวจมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายมีหลายประการซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยทางสังคมตามที่กล่าวไว้ในทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Theory of triadic influence) ของ Flay and Petraitis (1994) โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ รายได้ และปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชายที่มีความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มาก สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 ทั้งนี้เนื่องจากความมั่นใจตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะพยายามแสดงออกและกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1986) บุคคลที่มีความมั่นใจในตนเอง มักมีความกล้าที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการที่ถูกต้อง และสามารถประสบความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการจะกระทำได้ การมีความมั่นใจในตนเองจึงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ดังการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.94 เท่า (95%CI = 1.14-3.30) ของผู้ที่ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Girma et al. (2010) พบว่า ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงเป็น 1.78 เท่า (95%CI = 1.02-3.09) ของผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 12 ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกันของบุคคลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ด้านสิ่งของ เงินทอง หรือการกระทำเพื่อการช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ และด้านการประเมินค่า สะท้อนคิด (House, 1981 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) นั่นคือ หากบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ย่อมมีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษารายนี้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ การได้กำลังใจและข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขในการเลิกสูบบุหรี่ การได้กำลังใจจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในทุกด้าน ทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า น้อยกว่าครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2553) พบว่า ทหารกองประจำการให้เหตุผลในการอยากเลิกสูบบุหรี่ว่า “ทำเพื่อคนที่ตนรัก เช่น แม่และแฟน และที่สำคัญคือ ครอบครัว มารดา ภรรยา หรือแฟนขอร้องให้เลิกสูบ” การศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คิดเป็น 3.10 เท่า

(95%CI = 1.60-6.10) และ 3.50 เท่า (95%CI = 1.00-12.30) ของคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ ตามลำดับ และการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.10 เท่า (95%CI = 1.01-1.20)

3. ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่

ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชายที่มีทักษะคิดเชิงบวกมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง สอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9 ทั้งนี้เนื่องจากทักษะคิดเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความคาดหวัง ค่านิยม และการประเมินค่า นำไปสู่ทักษะคิดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพออกมา (Flay & Petraitis, 1994) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายมีความเข้าใจว่าการเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อารมณ์หงุดหงิด ไม่แจ่มใส การพูดคุยไม่สนุก ความมั่นใจลดลง และเข้าสังคมได้ยากขึ้น และประมาณครึ่งหนึ่ง เห็นด้วยว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก การศึกษาของ มัลลิกา มาตระกูล และคณะ (2555) พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีตนเอง ในอีก 1 เดือนข้างหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167; p < .001$) การศึกษาของ เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .68; p < .01$) การศึกษาของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) พบว่า หากผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะส่งผลให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 5.17 เท่า (95%CI = 2.12-12.60) ของผู้ที่ไม่เชื่อว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) ที่พบว่า ความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต คิดเป็น 8.18 เท่า (95%CI = 4.70-14.24)

4. รายได้

รายได้มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชายที่มีรายได้สูงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 11 ทั้งนี้เนื่องจากการมีรายได้สูงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการที่มากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย จึง ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของการ

สูบบุหรี่ได้มากขึ้น ดังการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อปี ระหว่าง 4 ล้านเยน-5.99 ล้านเยน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น 3.79 เท่า (95%CI = 1.21-11.93) ของผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่ำกว่า 4 ล้านเยน และการศึกษาของ Patel et al. (2009) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 50,000 ดอลลาร์สหรัฐขึ้นไป มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ สูงเป็น 2.40 เท่า (95%CI = 1.33-4.33) ของผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 ดอลลาร์สหรัฐสอดคล้องกับการศึกษาของ Reid et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ระดับสูง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า สูงเป็น 1.17 เท่า (95%CI = 1.07-1.27) ของผู้ที่มีรายได้น้อย

5. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายที่สูบบุหรี่ต่อวันในปริมาณมากย่อมมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่น้อย สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ทั้งนี้เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ กลไกการเสพติดสารนิโคติน เกิดจากการที่สารนิโคตินกระตุ้นตัวรับรูสารนิโคตินของสมองส่วนกลาง ทำให้เกิดการหลั่งโดปามีนออกมามากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดี ร่าเริง กระปรี้กระเปร่า มีความสุข ความจำและสมาธิดี อาการเหล่านี้เรียกว่า ความรู้สึกเชิงบวก (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร, 2555) ในผู้ที่มีภาวะติดนิโคตินระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่กะทันหันจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552 อ้างถึงใน ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) ดังนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 ต่อวันขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ติดนิโคตินย่อมมีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา มาตระกุล และคณะ (2555) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มวนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.154, p = .002$) และการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ 11-15 มวนต่อวัน และสูบบุหรี่ตั้งแต่ 16 มวนต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 เท่า (95%CI = 0.07-0.91) และ 0.19 เท่า (95%CI = 0.15-0.63) ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยด้านอายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7 และ 10 สามารถอธิบายได้ดังนี้

6. อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ ทำให้ไม่มีความหลากหลาย และส่งผลทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ การศึกษาของ Abughosh et al. (2011) ก็พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ทั้งใน 30 วันข้างหน้า และใน 1 ปีข้างหน้า (OR = 1.46, 95%CI = 0.76-2.79; OR = 1.37, 95%CI = 0.70-2.66) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia et al. (2010) ในผู้อพยพชาวฟิลิปปินส์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.02, 95%CI = 0.97-1.07) และการศึกษาของ Feng et al. (2010) ที่พบว่า อายุ 25-39 ปี, อายุ 40-54 ปี และอายุมากกว่าเท่ากับ 55 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 0.95, 95%CI = 0.43-2.11; OR = 1.08, 95%CI = 0.44-2.64; OR = 0.94, 95%CI = 0.40-2.23 ตามลำดับ)

7. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด สารนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่และเลิกได้ยาก (พรนภา หอมลินธุ์, 2558) การเริ่มสูบบุหรี่ไม่ว่าจะเริ่มสูบเมื่ออายุน้อยหรืออายุมากก็ทำให้เป็นผู้คิดบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้ยากเช่นกัน ดังนั้น อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันไม่ได้ทำให้ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Ayo-Yusuf and Szymanski (2010) พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ที่มากกว่าเท่ากับ 20 ปี ไม่มีความสัมพันธ์ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 0.70, 95%CI = 0.38-1.26) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia et al. (2010) พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.02, 95%CI = 0.95-1.09) และการศึกษาของ Kaleta et al. (2012) ที่พบว่า ผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่อายุ 18-20 ปี และอายุมากกว่า 20 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.14, 95%CI = 0.94-1.38; OR = 1.01, 95%CI = 0.78-1.30 ตามลำดับ)

8. การศึกษา

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เป็นผู้ที่เรียนจบประถมศึกษา ทำให้ไม่มีความหลากหลาย และส่งผลให้ไม่มีความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ จึงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ Myung et al. (2010) ที่ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของชาวเกาหลีที่อาศัยในแคลิฟอร์เนีย พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($OR = 1.93$, $95\%CI = 0.98-3.82$)

9. ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง

ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นตามมา ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนานหรือไม่นานมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ ยูพรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04$, $p = .711$)

10. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสูบบุหรี่นานกว่า 30 ปี ทำให้เกิดเป็นความเคยชินและติดเป็นนิสัย การเลิกสูบบุหรี่จึงอาจเป็นเรื่องยากสำหรับคนกลุ่มนี้เหมือน ๆ กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2012) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ($OR = 0.29$, $95\%CI = 0.07-1.18$, $p = .084$) และการศึกษาของ Zhu et al. (2009) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้สูบบุหรี่กับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในมณฑลกว่างโจว ประเทศจีน พบว่า จำนวนปีที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ($OR = 1.29$, $95\%CI = 0.65-2.54$, $p = .047$)

11. ความพยายามเลิกสูบบุหรี่

ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะมีความตั้งใจกับความพยายามครั้งแรกมากกว่าความพยายามครั้งต่อไป (Jetiyauwatr, 2001 อ้างถึงใน เขมิกา ปาหา, 2555) เมื่อความพยายามประสบกับความล้มเหลว ทำให้มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองและความตั้งใจลดลง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.0 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป โดยมีความพยายามมากที่สุดถึง 5 ครั้ง แต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้น จำนวนครั้งของความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ทำให้มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกัน การศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) พบว่า จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.00, 95\%CI = 0.85-1.18, p = .97$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ สนทรศ บุษราทิจ และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ที่เคยและไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ในระยะ 4 สัปดาห์และ 6 เดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .302$ และ $p = .139$ ตามลำดับ)

12. การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด

การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10 ทั้งนี้อาจด้วยวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความเชื่อมั่นและมีความคิดเป็นของตนเอง (กัลยา นาคเพ็ชร, จุโร อภัยจิรรัตน์ และสมพิศ ไชสุน, 2548) สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ว่าจะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ โดยไม่ต้องคล้อยตามหรือเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือไม่นั้น ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และการศึกษาของ Yang et al. (2012) ที่พบว่า การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($OR = 0.60, 95\%CI = 0.32-1.10$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ รายได้ และปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนวิธีการเลิกบุหรี่ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง มีการเรียนรู้ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ โดยการพูดคุยบุคคลที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมถึงการแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจ และพูดเสริมแรงให้มีความมุ่งมั่นในการเลิกบุหรี่จากบุคลากรสาธารณสุข และครอบครัว การให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ช่วยลดความเครียดและความกังวลเพื่อให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้และตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2. การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยกำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังจึงควรมีการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายครอบครัว เพื่อให้คนในครอบครัวมีความรู้เรื่องพิษ

ของบุหรี เข้าใจระยะของการเลิกบุหรีในแต่ละระยะ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการเลิกบุหรี

3. ควรปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรีให้ถูกต้องเหมาะสมด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่น่าสนใจ หลากหลายและสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการเลิกบุหรีว่ามีผลต่ออารมณ์และการเข้าสังคม

4. ให้ความสนใจและเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีรายได้น้อยและมีการสูบบุหรีในปริมาณสูงเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรีน้อย

5. ผู้บริหารการพยาบาลในหน่วยงานสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรม รูปแบบ วิธีการในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี โดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรีในผู้หญิงหรือผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุอื่นที่แตกต่างกัน

2. ควรศึกษาปัจจัยดังกล่าวในเชิงหาอำนาจการทำนายและศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาถึงความตั้งใจว่าจะส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีได้จริงหรือไม่ เพื่อการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่ชัดเจนขึ้น

3. พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่เสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรีในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เสริมสร้างความมั่นใจในตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2556). เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
- กรมควบคุมโรค. (2554). พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 43(17), 257-264.
- กรมควบคุมโรค. (2556 ก). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44(10), 145-152.
- กรมควบคุมโรค. (2556 ข). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44(51), 801-808.
- กรองจิต วาทีสาธิตกิจ. (2555). อสม. จะช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างไร. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- การคิดและวิธีการเลิกบุหรี่. (2556). การคิดและวิธีการเลิกบุหรี่. เข้าถึงได้จาก <http://guru.sanook.com/2613/>
- กัลยา นาคเพ็ชร์, จูโร อภัยจิรรัตน์ และสมพิศ ไยสุน์. (2548). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุภา.
- กุลธิดา เมธาวสิน. (2552). บุหรี่กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์ (บรรณาธิการ), พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่ (หน้า 249-266). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- เขมิกา ปาหา. (2555). ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมิกา ปาหา และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(1), 157-169.

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ. (2556). *แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็งต่อสู้ออร์ัง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมชนก. (2556). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี: ยูทรินทร์การพิมพ์.
- โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554. (2554). *ข้อค้นพบสำคัญจากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ashthailand.or.th/th/uploads/download/GATS2011.pdf>
- ฉันทนา แรงสิงห์. (ม.ป.ป.). *พิษภัยบุหรี่และสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก http://www.mfu.ac.th/school/nurse/download/c/Smoke_Hazard_of_Tobacc.pdf
- ฉันทิยา คารมย์ และสุนิศา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.
- ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และชลธิรา เรียงคำ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ปราณี ทุไพบระ, จงกลวรรณ มุสิกทอง, วันดี โดศรีสุข, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรินทร์น์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (หน้า 287-315), กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). *แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2553). ความเชื่อ แบบแผนการดื่มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะต่าง ๆ ของเยาวชนไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 5(2), 28-39.
- พรณี ปานเทวัญ. (2553). ความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 11(พิเศษ), 59-65.
- พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509. (2509, 29 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-19.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ทุไพบระ, จงกลวรรณ มุสิกทอง, วันดี โดศรีสุข, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรินทร์น์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (หน้า 92-114), กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

- มัลลิกา มาตระกุล สุรินทร กลัมพากร และ อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2555). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาล*, 61(1), 12-20.
- มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2555 ก). *สูบบุหรี่ของแสดงคนที่เป็นความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. แผ่นพับ.
- มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2555 ข). *สูบบุหรี่ของแสดงคนที่เป็นเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. แผ่นพับ.
- ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. (2553). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนา สานติยานนท์, บุษบา มาตระกุล และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). *พิษภัยบุหรี่*. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ: สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ* (หน้า 146-149). กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- โรงพยาบาลวังน้ำเขียว. (2555). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลวังน้ำเขียว พ.ศ. 2555*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลวังน้ำเขียว.
- โรงพยาบาลวังน้ำเขียว. (2556). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลวังน้ำเขียว พ.ศ. 2556*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลวังน้ำเขียว.
- โรงพยาบาลวังน้ำเขียว. (2557). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลวังน้ำเขียว พ.ศ. 2557*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลวังน้ำเขียว.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชย์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล และพัสมณห์ คุ้มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- รววิทย์ วสินสรากร. (2544). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปรัชญาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. โรงพยาบาลลำพูน. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั้นกระจำง และกมลภการ สมมิตร. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555*. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- สนทรรศ บุษราทิจ และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 305-315.
- สรพงษ์ เจริญฤทธิยาวุฒิ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก http://nha2013.samatcha.org/sites/default/files/06_NHA6_main_NCD_180757.pdf
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพริ้งดิ่ง.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สารัช สุนทรโยชิน และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร. (2555). *ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทร ตรีนันทวัน. (2555). *โรควิถีชีวิต*. เข้าถึงได้จาก <http://edtech.ipst.ac.th/index.php>
- สุปราณี เสนาดิสัย และสุรินทร กลัมพากร. (2555). *บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เบนจผล.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การเลิกบุหรี่*. ม.ป.ท.
- สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ[สสส]. (2557). *NCDs: โรคร้ายที่เราสร้างเอง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2555). *ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ 2555*. เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th>

- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2555). จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด/ โรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง/ โรคหลอดเลือดสมอง/ โรคหลอดเลือดสมอง/ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง/ โรคหืดตั้งแต่พ.ศ. 2550-2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 16(2), 309-322.
- อารยา ทองผิว. (2552). บุหรี่กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และเรนชัย คงสกันธ์ (บรรณาธิการ), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (หน้า 327-345). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- Ambrose, J. A., & Barua, R. S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1731-1737.
- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(1), s62-s69.
- Abughosh, S., Wu, I. H., Hawari, F., Peters, R. J., Yang, M., Crutchley, R., & Essien, E. J. (2011). Predictors of intention to quit cigarette smoking among Jordanian adults. *Epidemiol an Open Access Journal*, 1(2), 1-7.
- Ayo-Yusuf, O. A., & Szymanski, B. (2010). Factors associated with smoking cessation in South Africa. *South African Medical Journal*, 100(3), 175-179.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Burn, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research* (5th ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Capponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102(8), 1182-1192.
- Eklund, B. M., Nilsson, S., Hedman, L., & Lindberg, L. (2012). Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking?-a qualitative study. *Tobacco Induce Diseases*, 10(1), 1-7. doi: 10.1186/1617-9625-10-17

- Feng, G., Jiang, Y., Li, Q., Yong, H. H., Marshall, T. E., Yang, J., Li, L., Sansone, N., & Fong, G. T. (2010). Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: Findings from the ITC China Survey. *Tobacco Control, 19*(suppl 2), i6-i11.
- Fishbein, M. (2009). An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion. In R. J. Diclemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed.; pp. 215-234). San Francisco: Jossey-Bass.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advance in Medical Sociology, 4*, 19-44.
- Flay, B. R., Snyder, F., & Petraitis, J. (2009). The theory of triadic influence. In R. J. Diclemente, M. C. Kegler, & R. A. Crosby (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed.; pp. 451-510). New York: Jossey-Bass.
- Garcia, G. M., Romero, R. A., & Maxwell, A. E. (2010). Correlates of smoking cessation among filipino immigrant men. *Journal of Immigrant and Minority Health, 12*(2), 259-262. doi:10.1007/s10903-009-9244-9
- Girma, E., Assefa, T., & Deribew, A. (2010). Cigarette smokers' intention to quit smoking in Dire Dawa town Ethiopia: An assessment using the Transtheoretical Model. *BioMed Central Public Health, 10*(1), 1-7. doi: 10.1186/1471-2458-10-320
- Homsin, P., Srisuphan, W., Pohl, J. M., Tiansawad, S., & Patumanond, J. (2009). Predictors of early stages of smoking uptake among Thai male adolescents. *Thai Journal of Nursing Research, 13*(1), 28-42.
- Jianvitayakij, S., Panpadee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factor influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal Nursing Research, 18*(2), 100-110.
- Kaleta, D., Korytkowski, P., Dabrowska, T. M., Usidame, B., Romaniszyn, L. B., & Fronczak A. (2012). Preditors of long-term smoking cessation: Results from the global adult tobacco survey in Poland (2009-2010). *BioMed Central Public Health, 12*(1), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-1020

- Myung, S. K., McDonnell, D. D., Kazinets, G., Seo, H. G., & Moskowitz, J. M. (2010). Relationships between household smoking restrictions and intention to quit smoking among Korean American male smokers in California. *Journal of Korean Medical Science*, 25(2), 245-250.
- Panda, R., Venkatesan, S., Persai, D., Trivedi, M., & Mathur, M. R. (2014). Factors determining intention to quit tobacco: Exploring patient responses visiting public health facilities in India. *Tobacco Induced Diseases*, 12(1), 1-10. doi: 10.1186/1617-9625-12-1
- Parel, C. P., Caldito, G. C., Ferrer, P. L., De Guzman, G. G., Sinsioco, C. S., & Tan, R. H. (1973). *Sampling design and procedures*. n.p.
- Patel, K., Schundt, D., Larson, C., Wang, H., Brown, A., & Hargreaves, M. (2009). Chronic illness and smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(8), 933-939.
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., & Siahpush, M. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western counties: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(1), s20-s33.
- Srivastava, S., Malhotra, S., Harries, A. D., Lal, P., & Arora, M. (2013). Correlates of tobacco quit attempts and cessation in the adult population of India: Secondary analysis of the global adult tobacco survey, 2009-10. *BioMed Central Public Health*, 13(1), 1-13 doi: 10.1186/1471-2458-13-263
- Tsai, A. C., Lin, Y. A., & Tsai, H. J. (2012). Predictors of smoking cessation in 50-60-year-old male Taiwanese smoker: A 7-year national cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), 295-300.
- Velicer, W. F., Diclemente, C. C., Rossi J. S., & Prochaska J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15(3), 271-283.
- Vidal, P. M., Cerveira, J. M., Paccaud, F., Waeber, G., Vollenweider, P., & Cornuz, J. (2011). Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-11-227

- Yang, M., Essien, E. J., Sansgiry, S. S., Wu, I. H., Peters, R. J., & Abughosh, S. (2012). Predictors of intention to quit cigarette smoking among Chinese adult. *Journal of Behavioral Health, 1*(2), 93-101.
- Zhu, W. H., Yang, L., Jiang, C. Q., Deng, L. Z., Lam, T. H., Zhang, J. Y., & Chan, S. S. C. (2009). Characteristics of smokers and predictors of quit in a smoking cessation clinic in Guangzhou, China. *Journal of Public Health, 32*(2), 267-276.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญฉิคาคุณธิ์ ทูลศิริ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กীরติยวงศ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณัฐ ปุณ โณทก อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. แพทย์หญิงสุจิตต์ สุขเวสพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา
5. นางปวีณา บุญเกิด ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติ ชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว
จังหวัดนครราชสีมา

Factors Associated with Intention to Smoking Cessation among Male People with Chronic Disease in
Wangnamkhiao District, Nakhonratchaima Province

ชื่อนิติกร นางรุ่งนภา สังข์แก้ว

รหัสประจำตัวนิติกร 53920605 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 06 - 2558
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และหรือ
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสูบบุหรี่ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย
รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-06-2558

ชื่อผู้วิจัย นางรุ่งนภา ตั้งข์แก้ว

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยทางสังคมกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสูบบุหรี่ ในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว โดยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558-มกราคม พ.ศ. 2559

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ในการตอบแบบสัมภาษณ์จะใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที โดยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลแบบสัมภาษณ์ที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้เก็บในซองกระดาษที่มิดชิด

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถปฏิเสธได้โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งทางผู้วิจัย ขอชี้แจงว่า ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ในการลงแบบสัมภาษณ์ใช้ในรูปรหัส ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล แบบสัมภาษณ์ที่ตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล และผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอเป็น

ภาพรวมมิได้เป็นการรายงานรายบุคคล และจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านแก่บุคคลอื่นทราบ ในทุกกรณี การทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยแพร่และตีพิมพ์แล้ว หากท่านยินดี ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอความกรุณาท่านลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางรุ่งนภา สัจจ์แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 086-8790875 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-1038448

นางรุ่งนภา สัจจ์แก้ว
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
ของผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชาย

วันที่ทำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางรุ่งนภา สังข์แก้ว.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....นางรุ่งนภา สังข์แก้ว.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย
(.....)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา**

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เศษเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
2. ท่านจบการศึกษาระดับใด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี

 รวมระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งสิ้น.....ปี
3. ท่านได้รับการตรวจพบจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค

<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
--	----------------------------------	--
4. ท่านป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลา.....ปี
5. การควบคุมโรค

<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	BP.....mmHg
	FBS.....mg%
	HbA ₁ C.....
<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้	BP.....mmHg
	FBS.....mg%
	HbA ₁ C.....
6. ท่านมีรายได้จำนวน.....บาท/เดือน
7. ท่านเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ.....ปี
8. ท่านสูบบุหรี่จำนวน.....มวน/วัน
9. ท่านสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา.....ปี
10. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	ระบุจำนวนครั้ง.....
---------------------------------	------------------------------	---------------------
11. ท่านมีบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง หรือเพื่อนสนิทสูบบุหรี่

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุจำนวน.....คน
--------------------------------	-----------------------------	------------------

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาเลือกโดยการกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive dimension)				
1. ช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรค				
2. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพดีขึ้น				
3. ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้				
4. กลิ่นปากและกลิ่นตัวลดลง				
.				
.				
.				
15. โรคเรื้อรังควรเลิกสูบบุหรี่				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสามารถของท่านที่จะไม่สูบบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน เลือกตัวเลขที่ตรงกับความเชื่อมั่นของท่านว่า ท่านมีความมั่นใจแค่ไหนที่จะไม่สูบบุหรี่ หากท่านอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยที่

- 1 = ไม่มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านจะสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
- 2 = ไม่มั่นใจมาก หมายถึง ท่านอาจจะสูบบุหรี่บ่อยครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
- 3 = มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านอาจจะสูบบุหรี่บางครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
- 4 = มั่นใจมาก หมายถึง ท่านอาจจะสูบบุหรี่บ้างน้อยครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
- 5 = มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านจะไม่สูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น

ข้อความ	ไม่มั่นใจมากที่สุด	ไม่มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
ท่านมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่...					
1. ไม่ว่าจะดื่มอยู่ที่สถานบันเทิง					
2. แม้ว่าการที่จะสูบบุหรี่					
3. แม้ว่ามีสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่ ต้องการและรู้สึกคับข้องใจ					
.					
.					
.					
20. เมื่อนึกได้ว่าท่านไม่ได้สูบบุหรี่					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกบุหรี่ กรุณาตัดสินใจว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้ โดยการกาเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

ข้อความ	จริงอย่าง ยิ่ง	จริง	ไม่จริง	ไม่จริง อย่างยิ่ง
การสนับสนุนทางอารมณ์				
1. ครอบครัวให้กำลังใจ				
2. เพื่อนให้กำลังใจ				
3. บุคลากรสุขภาพให้กำลังใจ				
.				
.				
.				
12. บุคลากรสุขภาพบอกถึงประโยชน์				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ กรุณาตัดสินใจว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้ โดยการกาเครื่องหมาย x ที่ระดับคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

ลำดับข้อ	ข้อความ	ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่		
		น้อยที่สุด	ปานกลาง	มากที่สุด
1.	ท่านมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
2.	...			
3.	...			

ภาคผนวก จ

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาเป็นรายชื่อ

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาเป็นรายข้อ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่เป็นรายข้อ
(n = 100)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	จำนวน	จำนวน	อย่างยิ่ง
	จำนวน	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ข้อคำถามเชิงบวก				
1. ช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรค	72 (72)	28 (28)	0 (0)	0 (0)
2. สุขภาพดีขึ้น	69 (69)	30 (30)	1 (1)	0 (0)
3. ควบคุมความดัน โลหิตและระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น	68 (68)	32 (32)	0 (0)	0 (0)
4. กลิ่นปากและกลิ่นตัวลดลง	71 (71)	28 (28)	1 (1)	0 (0)
5. เศรษฐกิจของครอบครัวดีขึ้น	67 (67)	26 (26)	7 (7)	0 (0)
6. ได้รับความชื่นชม	72 (72)	26 (26)	2 (2)	0 (0)
7. เป็นตัวอย่างที่ดี	69 (69)	31 (31)	0 (0)	0 (0)
8. เตือนให้เพื่อน ๆ ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบ	6 (6)	87 (87)	7 (7)	0 (0)
9. โรคเรื้อรังควรเลิกสูบบุหรี่	64 (64)	36 (36)	0 (0)	0 (0)
ข้อคำถามเชิงลบ				
10. อารมณ์หงุดหงิดง่าย	0 (0)	62 (62)	38 (38)	0 (0)
11. ไม่สดชื่น แจ่มใส	0 (0)	88 (88)	12 (12)	0 (0)
12. ความมั่นใจในตนเองลดลง	0 (0)	82 (82)	18 (18)	0 (0)
13. พุดคุยกับเพื่อน ไม่สนุก ขาดรสชาติ	0 (0)	83 (83)	17 (17)	0 (0)
14. เลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก	0 (0)	50 (50)	48 (48)	2 (2)
15. เข้าสังคมได้ยาก	3 (3)	95 (95)	2 (2)	0 (0)

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
เป็นรายข้อ ($n = 100$)

ข้อความ	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจ	มั่นใจปาน	มั่นใจ	มั่นใจ
	มากที่สุด	มาก	กลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ท่านมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่...					
1. ไม่ว่าจะดื่มอยู่ที่สถานบันเทิง	1 (1)	59 (59)	28 (28)	12 (12)	0 (0)
2. แม้ว่าการที่จะสูบบุหรี่	3 (3)	18 (18)	53 (53)	26 (26)	0 (0)
3. แม้ว่ามีสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่ ต้องการ	0 (0)	26 (26)	39 (39)	35 (35)	0 (0)
4. เมื่ออยู่กับคู่สมรส เพื่อนสนิท หรือคนใกล้ชิด	0 (0)	25 (25)	37 (37)	38 (38)	0 (0)
5. เมื่อทะเลาะ โต้เถียงหรือขัดแย้ง กับคนในครอบครัว	1 (1)	25 (25)	35 (35)	39 (39)	0 (0)
6. เมื่อมีความสุขและกำลังมีการ เลี้ยงฉลอง	0 (0)	44 (44)	34 (34)	22 (22)	0 (0)
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธใครบางคน	0 (0)	32 (32)	26 (26)	42 (42)	0 (0)
8. แม้ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ที่ กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง	2 (2)	41 (41)	31 (31)	26 (26)	0 (0)
9. เมื่อเห็นคนอื่นกำลังสูบบุหรี่อย่าง มีความสุข	1 (1)	47 (47)	40 (40)	12 (12)	0 (0)
10. ขณะพักผ่อน พุดคุยหรือจิบ กาแฟไปด้วย	1 (1)	40 (40)	34 (34)	25 (25)	0 (0)
11. แม้จะรู้ว่าการอดบุหรี่เป็นสิ่งที่ ยาก	0 (0)	30 (30)	53 (53)	17 (17)	0 (0)
12. เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่	0 (0)	16 (16)	48 (48)	36 (36)	0 (0)
13. เมื่อตื่นนอนตอนเช้า	2 (2)	35 (35)	21 (21)	41 (41)	1 (1)
14. เมื่อต้องการความมั่นใจ	0 (0)	53 (53)	36 (36)	11 (11)	0 (0)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจ	มั่นใจปาน	มั่นใจ	มั่นใจ
	มากที่สุด	มาก	กลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
15. เมื่อรู้สึกไม่ค่อยกังวลเรื่อง สุขภาพ	1 (1)	43 (43)	42 (42)	14 (14)	0 (0)
16. เมื่อท่านอยู่กับเพื่อน ๆ ในงาน เลี้ยง	1 (1)	50 (50)	22 (22)	27 (27)	0 (0)
17. เมื่อตื่นขึ้นมาตอนเช้าและเผชิญ กับวันที่ยุ่งยาก	2 (2)	46 (46)	25 (25)	27 (27)	0 (0)
18. เมื่อรู้สึกซึมเศร้า	0 (0)	38 (38)	29 (29)	33 (33)	0 (0)
19. เมื่อรู้สึกกังวลและเครียด	0 (0)	33 (33)	28 (28)	39 (39)	0 (0)
20. เมื่อนึกได้ว่าท่านไม่ได้สูบบุหรี่	1 (1)	48 (48)	35 (35)	16 (16)	0 (0)

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ ($n = 100$)

ข้อความ	จริงอย่าง	จริง	ไม่จริง	ไม่จริง
	ยิ่ง			อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
การสนับสนุนทางอารมณ์				
1. ครอบครัวให้กำลังใจ	43 (43)	37 (37)	19 (19)	1 (1)
2. เพื่อนให้กำลังใจ	0 (0)	56 (56)	43 (43)	1 (1)
3. บุคลากรสุขภาพให้กำลังใจ	41 (41)	54 (54)	5 (5)	0 (0)
การสนับสนุนทางสิ่งของ				
4. ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อม	32 (32)	32 (32)	35 (35)	1 (1)
5. เพื่อนจัดสิ่งแวดล้อม	5 (5)	47 (47)	48 (48)	0 (0)
6. บุคลากรสุขภาพจัดสิ่งแวดล้อม	81 (81)	19 (19)	0 (0)	0 (0)
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
7. ครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสาร	28 (28)	52 (52)	19 (19)	1 (1)
8. เพื่อนให้ข้อมูลข่าวสาร	5 (5)	45 (45)	50 (50)	0 (0)
9. บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูล	44 (44)	56 (56)	0 (0)	0 (0)
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า				
10. ครอบครัวบอกถึงประโยชน์	29 (29)	53 (53)	17 (17)	1 (1)
11. เพื่อนบอกถึงประโยชน์	6 (6)	46 (46)	48 (48)	0 (0)
12. บุคลากรสุขภาพบอกถึงประโยชน์	47 (47)	53 (53)	0 (0)	0 (0)