

ปัจจัยค้ำสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATING TO SMOKING CESSATION AMONG BUDDHIST MONKS
WITH NON COMMUNICABLE DISEASES



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ |
| โดย | นายวิวัฒน์ เหล่าชัย |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

| | |
|--|---------------------------------|
| | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์) | |
| คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ | ประธานกรรมการ |
| | |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์) | |
| | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์) | |
| | กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์) | |

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิวัฒน์ เหล่าชัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ. (SELECTED FACTORS RELATING TO SMOKING CESSATION AMONG BUDDHIST MONKS WITH NON COMMUNICABLE DISEASES) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

การวิจัยแบบสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรมกับการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ จำนวน 136 รูป ซึ่งสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสงฆ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกสูบบุหรี่และแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .68 - .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Point-biserial correlations และสถิติ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่า

1. เมื่อประเมินที่ 3 เดือน หลังได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ 50 รูป (ร้อยละ 36.80) ระบุว่าเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด 7 วันที่ผ่านมา โดยพบว่าพระสงฆ์ในกลุ่มนี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.0) มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ คือ เพื่อสุขภาพของตนเอง
2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การเสพติดนิโคติน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และกิจกรรมทางกาย ส่วนระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ภาวะซึมเศร้า และความเข้มข้นของการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077312236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: BUDDHIST MONKS, SMOKING CESSATION, NON-COMMUNICABLE DISEASES

Wiwat Laochai : SELECTED FACTORS RELATING TO SMOKING CESSATION AMONG BUDDHIST MONKS WITH NON COMMUNICABLE DISEASES. Advisor: Asst. Prof. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D.

The purpose of this descriptive correlation study was to examine smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases and to study the relationships among nicotine dependence, self-efficacy, physical activity, depression, intention to smoking cessation, intensity of smoking cessation intervention, education and Dharma education, and smoking cessation. A total of 136 Thai Buddhist monks were purposively recruited for this study. Inclusion criteria included Thai Buddhist monks smoking at least 1 cigarette per day, having at least one non-communicable diseases related to smoking and having received counselling to quit smoking from health professionals. The research instruments comprised the demographic data form, the Fagerström test for Nicotine dependence, the Autonomy over smoking scale, the Self-Efficacy for smoking cessation, Thai version of short format International Physical activity questionnaire, the Center for epidemiological Studies-depression scale, the Intensity of smoking cessation intervention questionnaire, and the Quit smoking questionnaire. All questionnaires were assessed for content validity by a panel of experts and the Cronbach's alpha coefficients ranged from .68 - .93. Data were analyzed using Point-biserial correlations and Chi-square.

The study findings were as follows:

1. Fifty Thai Buddhist monks (36.80%) reported 7-day point prevalence abstinence at 3-month follow-up. About two-thirds of the participants (66.0%) indicated health concern as motivation to quit smoking.

2. Nicotine dependence, self-efficacy for smoking cessation, physical activity, and intention to quit smoking were significantly related to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. However, education, Dharma education, depression and intensity of smoking cessation intervention were not related to smoking cessation among these participants.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาดูแลเอาใจใส่ให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือตรวจสอบ ชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆในขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตา รวมทั้งคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สนิเตชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นต่างๆ อีกทั้งยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัย หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คลินิกเล็กบุหรี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ประสานงานต่างๆของโรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณพระคุณเจ้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นบทบาทสำคัญให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณ อาจารย์กมลภรณ์อมสัถย์ สำหรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสงฆ์ สำหรับกำลังใจและความช่วยเหลือที่มีให้ต่อผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาอย่างสูงและสมาชิกในครอบครัวทุกคน รวมทั้งนายแพทย์รุ่งโรจน์ สลับ ที่ให้กำลังใจเป็นแรงผลักดันและให้การสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

วิวัฒน์ เหล่าชัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ค |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ง |
| กิตติกรรมประกาศ..... | จ |
| สารบัญ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ณ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| คำถามการวิจัย | 4 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 4 |
| สมมติฐานการวิจัย | 6 |
| ขอบเขตการวิจัย | 6 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 7 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 9 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| 1. การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์..... | 11 |
| 2. พระสงฆ์กับโรคไม่ติดต่อ..... | 16 |
| 3. การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ | 19 |
| 4. การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ | 20 |
| 5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่..... | 30 |
| 6. การเลิกสูบบุหรี่ | 31 |

| | |
|---|-----|
| 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 43 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 48 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 48 |
| ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 49 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 53 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 55 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 57 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 58 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 69 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 70 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 71 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 75 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 76 |
| บรรณานุกรม..... | 77 |
| ภาคผนวก..... | 91 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 92 |
| ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและจดหมายขอใช้เครื่องมือในการวิจัย..... | 94 |
| ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม ประกาศนียบัตรหลักสูตร Tobacco Cessation Provider เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และ เอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ..... | 106 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 112 |
| ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 122 |

ประวัติผู้เขียน..... 124



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมิน..... | 55 |
| ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และโรคประจำตัว (n=136)..... | 59 |
| ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ และระดับความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ (n=136) . | 61 |
| ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อความถามการเลิกสูบบุหรี่ (n=136)..... | 62 |
| ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ | 63 |
| ตารางที่ 6 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจใน การเลิกสูบบุหรี่ และความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ ติดต่อ (n=136)..... | 65 |
| ตารางที่ 7 ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของการเลิก สูบบุหรี่ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน | 66 |
| ตารางที่ 8 ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของการเลิก สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน | 67 |
| ตารางที่ 9 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ความพยายามเลิก สูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ใน พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n=136) | 68 |
| ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลของระยะเวลาสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ใ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n=136) | 123 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นประเด็นท้าทายสำคัญต่อการสาธารณสุขโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ระบุว่า การสูบบุหรี่สร้างความสูญเสียให้เศรษฐกิจโลก ทั้งค่าดูแลรักษาสุขภาพและสูญเสียความสามารถในการผลิตที่เพิ่มขึ้น โดยคาดว่ายอดผู้เสียชีวิตจากบุหรี่จะเพิ่มสูงขึ้น จากปีละหกล้านคนในปัจจุบันเป็นราวแปดล้านคนในปี 2573 และพบว่าในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 80 ของทั้งโลก (WHO, 2017) การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก กล่าวคือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) จากการสูบบุหรี่ อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมะเร็งอวัยวะต่างๆ อีกทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากทั่วโลกด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 โรคมะเร็งปอด ร้อยละ 2.9 (WHO, 2017)

ในประเทศไทย แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประชาชนทั่วไปจะลดลงเมื่อเทียบกับในอดีต พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ ร้อยละ 19.9 ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับโลก (9 global NCD targets) ที่ประเทศไทยต้องบรรลุภายใน พ.ศ. 2568 ทั้งนี้เป้าหมายประการหนึ่ง ได้แก่ ความชุกของการสูบบุหรี่ควรอยู่ ร้อยละ 14.95 (Suksaard & Karnjanapiboonwong, 2016) จากสถิติผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตสูงถึง 57,000 คน พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สามของคนไทย (WHO, 2017) ในทำนองเดียวกัน มีรายงานว่าพระสงฆ์ในฐานะประชากรไทยกลุ่มหนึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 41.3 และกลุ่มพระสงฆ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 24.4 (กฤษณะพันธ์ ธนกรณ์ไพศาล, 2554) จากการสำรวจของโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2549 พบว่าพระสงฆ์อาพาธ จำนวน 59,000 รูป ในจำนวนนี้มีพระสงฆ์อาพาธและมีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 18,000 รูป คิดเป็นร้อยละ 30 จากสถิติ 5 ปีและ 10 ปี ย้อนหลัง พบพระสงฆ์มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 90 ตามลำดับ ส่วนโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ทั่วประเทศไทย ร้อยละ 57.3 อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 15.7 โรคมะเร็งปอด ร้อยละ 35.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.1 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 31.4 (ไพรัตน์ แสงดิษฐ์, 2549) แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ

ของการเลิกสูบบุหรี่และมีการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อย่างกว้างขวาง อาทิ จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้เลิกสูบบุหรี่หลายช่องทาง แต่ยังคงพบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์น้อยกว่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากิจกรรมการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ดังกล่าวยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์ได้เท่าที่ควร

ปัจจุบันโรงพยาบาลสงฆ์มีการขยายระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่พระสงฆ์ที่วัด ทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป การตรวจร่างกายทุกระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่เคลื่อนที่ หากพระสงฆ์มีภาวะเสี่ยงหรือมีการเจ็บป่วย ทางโรงพยาบาลจะรับพระสงฆ์เข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล จากผลการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อ ปี พ.ศ.2560 พบว่าพระสงฆ์มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.1 มีการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 41.5 (โรงพยาบาลสงฆ์, 2560) ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลสงฆ์ได้เห็นความสำคัญของการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ จึงได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองการสูบบุหรี่และบันทึกประวัติของผู้ที่มารับบริการทุกรายในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่จำนวนมาก อีกทั้งได้มีการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเหล่านี้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ทุกราย โดยติดตามผลและประเมินทางโทรศัพท์ หรือนัดติดตาม อีก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน มีการเชื่อมโยงกับบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ รวมทั้งผู้ป่วยที่ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยมีการช่วยเหลือและจัดหาแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น การซักประวัติการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ ติดตามประเมินผล เป็นต้น จากการช่วยเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลสงฆ์ พบอัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและผู้ป่วยไม่มาตามนัดของคลินิกเลิกบุหรี่ ทำให้การติดตามและช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ไม่ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (คลินิกเลิกบุหรี่, 2560) โรงพยาบาลสงฆ์ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2559 รวมทั้งสิ้น 21,499,198 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคอื่น และมีแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่สูงขึ้น (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2559) ดังนั้นพระสงฆ์สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง/เข้ารับการบำบัดเลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

พระสงฆ์เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพุทธศาสนาแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย (พระธรรมกิตติวงศ์, 2548) รายงานสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติครั้งที่ 5 ระบุว่า พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อร้ายใหม่ อีกทั้งการอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ปัจจุบันพบปัญหาพระสงฆ์สูบบุหรี่และไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากพระสงฆ์มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไป ขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาทิ ครอบครัว บุตร และการอยู่ในเพศบรรพชิตอาจทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าคนทั่วไป และจากการสำรวจพบว่า พระสงฆ์มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เพียง ร้อยละ 6.91 เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายทั่วไปแล้ว เพศชายทั่วไปสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึง 8.6 เท่า (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะพระภิกษุสงฆ์เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 รูป พบว่า มีพระสงฆ์สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.3 พระสงฆ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.7 อาทิ โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.29 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.91 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.68 และโรคอื่นๆ อาทิ โรคปอด โรคมะเร็ง ร้อยละ 82.6 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560) จากการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญหลายปัจจัย อาทิ อาหารที่ใส่บาตร ขาดการออกกำลังกาย ขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่ตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ หากพระสงฆ์ยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อร้ายใหม่ได้ (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ และสร้อยญา วรกิจวีรี, 2558)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551-2560 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จำนวน 36 เรื่อง พบว่า สามารถจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาทิ เพศ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ อาทิ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยาสังคม อาทิ ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ งานวิจัยที่ผ่านมาโดยมากเป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป อาทิ ผู้สูบบุหรี่ทั่วไปที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สุวิมล โรจนาวี และคณะ, 2559) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชนิดา รำขวัญ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธุ์ภักดี, 2559) ผู้สูบบุหรี่วัยกลางคน (Honjo et al., 2010) ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ (Abdullah, Driezen, Quah, Nargis & Fong, 2015) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่อย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงในกลุ่มพระสงฆ์อย่างทั่วถึง เนื่องจากพระสงฆ์เป็นอีกกลุ่มคนหนึ่งที่มีฐานะเป็นปูชนียบุคคลที่พุทธศาสนิกชนทั้งหลาย เคารพสักการบูชากราบไหว้ด้วยความเลื่อมใส เป็นผู้นำทางศาสนาและสุขภาพในสังคม แต่พบปัญหาโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์เพิ่มขึ้นจำนวนมาก

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลพระสงฆ์อาพาธ และเป็นพุทธศาสนิกชนจึงตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อในพระสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

คำถามการวิจัย

การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา และจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ภาวะซึมเศร้า กิจกรรมทางกาย ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ การเสพติดบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาภาวะเสพติดบุหรี่ โดยศึกษาตัวแปร ระดับความรุนแรงในการเสพติดนิโคติน ซึ่งประเมินจากการเสพติดทางร่างกาย คือ ดิตินิโคติน ในขณะที่บางคนสูบบุหรี่เพราะเสพติดทางจิตใจหรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม เช่น สูบเพราะความเคยชิน เป็นต้น ดังนั้นในการวิจัยนี้ จึงศึกษาการเสพติดบุหรี่ โดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) และใช้แบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale (AUTOS) เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินการเสพติดบุหรี่ทุกด้าน จากการศึกษาของ Caponnetto & Polosa (2008) ในอิตาลี พบว่าการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบในการเลิก

สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2013) ในผู้สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา พบว่าระดับการเสพติดนิโคตินที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบในการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Williams, 2010) จากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ในบังคลาเทศ พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี มีแนวโน้มว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Abdullah et al., 2015) และจากการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าการการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ (Khamrath, Yunibhand & Preechawong, 2017)

กิจกรรมทางกาย จะช่วยเพิ่มกลไกการหลั่งสารเอ็นโดฟินที่ให้ความสุขคล้ายกับสารพวกมอร์ฟินหรือเฮโรอีนในธรรมชาติที่ร่างกายสร้างได้เอง ส่งผลให้การอยากบุหรี่ยลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) จากการศึกษาของ Honjo, Iso, Inoue & Tsugane (2010) ในชาวญี่ปุ่นวัยกลางคน พบว่า กิจกรรมทางกายสามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องจากการศึกษาของ Haug, Schaub & Schmid (2014) ในสวีตสแลนด์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น จะสามารถลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ได้

ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) มีปริมาณลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ปล่อยเนื้อ ปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง ส่งผลกระทบให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2550) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางลบต่อการเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่สูบบุหรี่ (ชวัลรัตน์ ศรีวิลาส และนนทิกา ทวีชาชาติ, 2553) และการศึกษาในผู้ที่ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าแล้ว มีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Caponnetto & Polosa, 2008)

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่จนกระทั่งถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมา (นนทรี สัจจาธรรม, 2555) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ (de Hoog et al., 2016) พบความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่ (intention to quit) และเป็นปัจจัยทำนายทางอ้อมในการหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องผ่านความตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่และจากการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงรายของมัลลิกา มาตระกูล, สุรินธร กลัมพากร และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2555) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มวนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยการเล่นกีฬา/ทำสมาธิ/เข้า

ร่วมโครงการเลิกบุหรี่ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการศึกษา มีความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 31.7

ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นระดับของการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล/กลุ่ม การให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือได้รับโปรแกรมช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ (Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand, 2017) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานของNagrebetsky et al. (2014) พบว่าการบำบัดรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่นั้น ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาและการให้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่โดยผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เป็น พยาบาล แพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ และมีการศึกษาของ Barth, Critchley & Bengel (2015) พบว่าการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย หรือเป็นโปรแกรมที่เน้นเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ มีทั้งการปรับพฤติกรรม โทรศัพท์ติดตามการใช้สื่อหรือเอกสารช่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และการใช้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยมีพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้เริ่มต้นให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล

ระดับการศึกษาทางโลก-ธรรม สามารถแยกได้ 2 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับการศึกษาทางโลก หมายถึง การศึกษาให้มีความรู้ สามารถประกอบอาชีพ มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นมีลักษณะนิสัยจิตใจที่ดีงาม มีความพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อตนเองและสังคม เป็นระดับการศึกษาก่อนที่จะพระสงฆ์จะเข้ามาบวชเป็นพระสงฆ์ 2) ระดับการศึกษาทางธรรม เป็นการศึกษาแผนกธรรมหรือบาลีของคณะสงฆ์ไทย เป็นการศึกษาภายหลังที่บวชเป็นพระสงฆ์แล้ว เพื่อศึกษาพระธรรม คำสอนของพระพุทธศาสนา และช่วยจรรโลง เป็นที่พึ่งทางใจให้กับสังคม (Vichai, 2016) จากการศึกษาของHolm et al. (2017) ในผู้สูบบุหรี่ของสวีเดน อายุมากกว่า 40 ปี พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Kim (2014) ในเกาหลีใต้ พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

2. การเสพติดบุหรี่ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจ

ในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับ การเลิกสูบบุหรี่

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สูบบุหรี่ อายุ 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน ในปัจจุบัน อายุ 20-59 ปี อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ และได้รับคำแนะนำเลิกสูบบุหรี่ จากคลินิกเลิกบุหรี่ หรือพยาบาลแพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยาในโรงพยาบาลสงฆ์

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม

ตัวแปรตาม คือ การเลิกสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พระสงฆ์ หมายถึง พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ และอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรค มะเร็ง มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดหรือเขตกรุงเทพมหานคร

โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันก่อนวันประเมินผล ที่ระยะเวลาติดตาม 3 เดือน ภายหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ โดยมีข้อคำถาม ได้แก่ ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ ท่านได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่ และหลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่

การเสพติดบุหรี่ หมายถึง การติดบุหรี่ ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ มีความเคยชินในการเสพติด บุหรี่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น หลังตื่นนอนตอนเช้า ได้กลิ่นควันบุหรี่ อยู่ในกลุ่มพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ เป็นต้น โดยประเมินจากแบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ปรับปรุงโดย Heatherton et al. (1991) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552) และแบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale พัฒนาโดย Difranza, Wellman, Ursprung & Sabiston (2009)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น อยู่ในกลุ่มพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ เห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ รู้สึกวิตกกังวล หรือขัดแย้งกับบุคคลอื่น เป็นต้น โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ปรับปรุงโดย วิชชุตา มากมาย, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และสุรศักดิ์ ตรีนัย (2562)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อลายและพลังงานของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันของพระสงฆ์ เช่น การยกของหนัก การเดินบิณฑบาต การนั่งพักผ่อน การสวดมนต์ เป็นต้น โดยประเมินจากแบบประเมินกิจกรรมทางกาย (Thai version of short format International Physical Activity Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์ และคณะ (2549)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า หม่นหมอง เบื่อหน่ายสิ่งรอบตัว แยกตัว เบื่ออาหารนอนไม่หลับ ท้อแท้สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านี้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533)

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การวางแผนหรือการกำหนดจุดมุ่งหมายที่จะเลิกสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลา 1 เดือน ประเมินจากแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พัฒนาโดย Chiang, Enarson & Slama (2008)

ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ หมายถึง ระดับของการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล/กลุ่ม การให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือได้รับโปรแกรมช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ โดยประเมินจากแบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ สร้างขึ้นโดย Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand (2017)

ระดับการศึกษาทางโลก หมายถึง ระดับการศึกษาในสถานศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เป็นการศึกษาที่พระสงฆ์อุปสมบท เช่น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก โดยประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับการศึกษาทางธรรม หมายถึง ระดับการศึกษาแผนกธรรมของพระสงฆ์ เช่น แผนกธรรมชั้นตรี โท และเอก หรือแผนกบาลี 1-9 ประโยค โดยประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริม หรือพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แก่พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ โดยจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพได้นำปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ต่อไปอย่างเหมาะสม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive Correlational Research) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์
 - 1.1 สถานการณ์สูบบุหรี่ในพระสงฆ์
 - 1.2 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์
2. พระสงฆ์กับโรคไม่ติดต่อ
 - 2.1 ความหมายของโรคไม่ติดต่อ
 - 2.2 สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อในพระสงฆ์
3. การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ
4. การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่
 - 4.1 การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์
 - 4.2 การบำบัดรักษาเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์
 - 4.3 ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่
6. การเลิกสูบบุหรี่
 - 6.1 ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่
 - 6.2 การประเมินการเลิกสูบบุหรี่
 - 6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่
 - 6.3.1 การเสพติดบุหรี่
 - 6.3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่
 - 6.3.3 กิจกรรมทางกาย
 - 6.3.4 ภาวะซึมเศร้า
 - 6.3.5 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
 - 6.3.6 ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่
 - 6.3.7 ระดับการศึกษาทางโลก
 - 6.3.8 ระดับการศึกษาทางธรรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

1.1 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีศาสนิกชนนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด โดยมีวัดและพระสงฆ์ที่พึ่งของประชาชนในเวลาที่มีความทุกข์ใจ แต่เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป ไม่เว้นแม้ในกลุ่มของพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มมีปัญหาและขาดการดูแลด้านสุขภาพ จากการศึกษาหลายงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพในพระสงฆ์ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ, 2553) พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์โดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก ในขณะที่อัตราเฉลี่ยการออกกำลังกายต่ำมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ เช่น การมีไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สุวัฒน์ รักขันโท และคณะ, 2551) โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่จำวัดในเขตเมือง การเริ่มสูบบุหรี่และการเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจเริ่มต้นตั้งแต่วัยเยาว์

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่าง ปี พ.ศ. 2550-2560 พบว่าในประเทศไทย ไม่เคยมีการสำรวจการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ในระดับประเทศ แต่มีการศึกษาเรื่องนี้อยู่เป็นระยะ พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ร้อยละ 39 โดยเคยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตั้งแต่อ่อนบวชมากกว่า 20 มวนต่อวัน ร้อยละ 11.8 และเคยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.7 (Sawatsri & Kaewpan, 2007) และยังพบว่าพระสงฆ์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในประเทศไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงถึง ร้อยละ 40.5 (Kungskulniti & Kengganpanich, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

จากการวิจัยสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 246 รูป ในพื้นที่ 11 จังหวัดทั่วประเทศ ในโครงการร่วมแรงร่วมใจสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ไทย เมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่า สุขภาวะ 4 มิติของพระสงฆ์ คือ กาย จิตใจ ปัญญา และสังคม โดยไม่พบปัญหารุนแรงในด้านจิตใจปัญญาและสังคม พบด้านที่มีปัญหา มีเพียงเรื่องเดียว คือ ร่างกายและสุขภาพ โดยพระสงฆ์ ร้อยละ 45.1 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 43.1 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการสูบบุหรี่ในจำนวนนี้เฉลี่ยแล้วสูบบุหรี่ต่อเนื่องมากกว่า 16 ปี และเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 11 มวน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ สามเณร ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2555 ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่าง 525 รูป ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ ร้อยละ 76.2 รองลงมา คือ สามเณร ร้อยละ 23.8 ผลสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.2 สูบเฉลี่ยวันละ 8 มวน โดยแบ่งเป็น กลุ่มพระสงฆ์ ร้อยละ 36 รองลงมา คือ สามเณร ร้อยละ 34 โดยร้อยละ 10 ได้รับบุหรี่จากที่ญาติโยมนำมาถวาย ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.5 ระบุว่ามิชอบบวชวัดปลอดบุหรี่ ซึ่งเจ้าอาวาสวัดได้ประกาศเป็นนโยบายทั้งทางวาจา และลายลักษณ์อักษร (นุสรณ์ คุณนะวนิชพงษ์ และคณะ, 2556)

ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ในเครือข่ายโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 375 รูป พบว่า พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งสิ้น 284 รูป โดยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 51.0 20.0 15.65 และ 13.35 ตามลำดับ และจากสถิติการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์ใน 5 อันดับแรก จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ท่านต้องฉันอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย ประกอบกับพระสงฆ์ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทำให้เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2556)

จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2555 เรื่องพระภิกษุสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรมและการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัดและขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน ปัจจุบันพระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตร ทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ หากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านสุขภาพจะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนาและการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย ก็จะอ่อนแอลง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ดังนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระสงฆ์แข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง โดยสามารถสรุปโดยย่อดังนี้

1. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติจะเป็นหน่วยงานหลัก ในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวง

วัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ ให้ความร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีการดำเนินการและพัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศเพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้ความสำคัญถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์ มีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิต เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนมิชชันนารีได้เข้าศึกษาเรียนรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

2. กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการและประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาคี เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ดำเนินการ ให้มีพัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุพพลภาพอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทานด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยี่ง่จะก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ มีการร่วมมือของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ จากที่กล่าวมาในสมัชชาสุขภาพพระสงฆ์ ครั้งที่ 5 ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมาก ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์ โดยขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

จากการประชุมสมัชชาสุขภาพพระสงฆ์ ครั้งที่ 5 ต่อมาทำให้เกิดธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีแนวคิดหลักในการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมดูแลอุปถัมภ์พระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย และให้พระสงฆ์มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม

หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ กล่าวว่า การขับเคลื่อนสุขภาวะพระสงฆ์ทั่วประเทศ เป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม ใช้ทางธรรมนำทางโลก ครอบคลุมปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านข้อมูล ด้านการพัฒนา ด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการ ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้ในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็งต่อไปในอนาคต

หมวด 2 พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวว่า พระสงฆ์พึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้ความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่ และพระธรรมวินัยวัดพึงจัดให้มีระบบและกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยคุกคามสุขภาพภายในวัด โดยใช้มาตรการเชิงรุก ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ตลอดถึงการประเมินและพัฒนาระบบและกลไกให้มีประสิทธิภาพ

หมวด 3 ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย กล่าวว่า รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พึงจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานในระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่พระสงฆ์อย่างเป็นธรรมและเหมาะสม (พระราชวรมนูณี และคณะ, 2560)

1.2 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพพระสงฆ์ ดังนี้
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในพระสงฆ์ อาทิ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้มีการประมาณว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายในผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ ร้อยละ 17-30 ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูบบุหรี่นั้นขึ้นกับปริมาณบุหรี่ที่สูบและการสูบบุหรี่เพียงวันละ 1-4 มวน เป็นประจำพบว่าสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่โดยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในการเกิดโรคนี เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง พบว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมามากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง เช่น Propanolol จะมีระดับยาในเลือดลดลงในผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (โอกาส การย์กวินพงศ์, 2560)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองรวมไปถึงญาติและผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่วัด หากผู้ป่วยไม่มีสภาวะหรือโรคแทรกซ้อนที่ต้องการการดูแล จากแพทย์อย่างใกล้ชิดญาติสามารถทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ โรคแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ การสูญเสียการควบคุม การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะการติดเชื้อ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า หากมีโรคเหล่านี้ร่วมด้วยจะทำให้ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะแย่ลง (Arquizan et al., 2005)

ผลกระทบของโรกระบบทางเดินหายใจ

- โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการก่อตัวของเมือกที่เต็มไปด้วยหนองในปอด ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวดตอนไอและเจ็บปวดอันเกิดจากการหายใจลำบาก ความเสี่ยงในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อย เนื่องจากควันบุหรี่จะทำให้พัฒนาการของปอดช้าลงเป็นอย่างมาก บุหรี่ทำให้โรคหอบหืดยิ่งแย่ลง ซึ่งส่งผลต่อชีวิตประจำวันและก่อให้เกิดความพิการ การเลิกสูบบุหรี่ก่อนกำหนดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการชะลอการลุกลามของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทำให้อาการของโรคหอบหืดดีขึ้น

- วัณโรค

การสูบบุหรี่จะส่งผลให้ทำลายปอดและลดการทำงานของปอด ซึ่งจะรุนแรงขึ้นถ้ามีการสูบบุหรี่ องค์ประกอบทางเคมีของควันบุหรี่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่ ซึ่งประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด กรณีเป็นวัณโรคประกอบกับผลกระทบด้านสุขภาพปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการและการเสียชีวิตจากการหายใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2560)

ผลกระทบของโรคมะเร็ง

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคมะเร็งในปอด พบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดในเพศชายเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ สำหรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งนั้นขึ้นกับปริมาณการสูบบุหรี่ (Health & Services, 2014) เพศชายที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า สำหรับเพศชายที่สูบบุหรี่วันละ 2 ซองจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากกว่า 25 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งปอดชนิด squamous cell carcinomas มากขึ้น การเลิกสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในปอด มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงได้ ร้อยละ 20-90 เมื่อ

เทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ แต่ยังคงมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 10-80 การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง ช่องปากและหลอดอาหาร พบว่าประมาณ ร้อยละ 82 ของโรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ เพศชายที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงประมาณ 10 เท่า สำหรับมะเร็งในช่องปากนั้นพบว่าประมาณ ร้อยละ 92 ของเพศชายที่เป็นมะเร็งในช่องปาก มีการศึกษาพบว่าเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 27 เท่า ในกรณีของการเกิดมะเร็งที่หลอดอาหารนั้นพบว่าผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 8-10 เท่า และถ้ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น หลังจากที่ไม่สูบบุหรี่แล้ว โอกาสเสี่ยงจะลดลงอย่างรวดเร็วและเมื่อเลิกได้นาน 15 ปี พบว่าโอกาสเสี่ยงจะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (โอกาส การย์กวินพงศ์, 2560)

ผลกระทบของโรคระบบทางเดินอาหาร

ในผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะพบว่ามีโอกาสเกิดแผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้แผลหายช้าและทำให้แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น มีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้การใช้ยา Histamine H2-receptor antagonists เพื่อยับยั้งการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารในตอนกลางคืนได้ผลไม่ดี (Arquizan et al., 2005)

2. พระสงฆ์กับโรคไม่ติดต่อ

2.1 ความหมายของโรคไม่ติดต่อ

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) หมายถึง กลุ่มของโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข จากการที่โรคกลุ่มนี้มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก ตัวอย่างของกลุ่มโรคนี้ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคปอด (หอบหืด และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) โรคของกระดูกและข้อ ความผิดปกติของจิตใจ เป็นต้น โรคกลุ่มนี้มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด (อัจฉรา ภักดีพิณิจ และลินดา จำปาแก้ว, 2555) ในงานวิจัยนี้จะเน้นเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบมากในพระสงฆ์ (โอกาส การย์กวินพงศ์, 2560) ดังนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งเป็นสาเหตุของ 1 ใน 3 รายที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ นิโคติน จากการสูบบุหรี่เป็นตัวการทำให้เกิดการเสพติดในบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจหดเกร็งตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นทำให้ triglycerides เพิ่มขึ้น และ HDL ลดลงเพิ่มความหนืดของเลือด เพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดและหัวใจ แม้

สูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวน ก็ตรวจพบสัญญาณของโรคหลอดเลือดหัวใจระยะต้น ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาการสูบบุหรี่ มีผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้ทันที ผู้ที่เคยมีอาการขาดเลือดเฉียบพลันจะลดโอกาสที่จะเป็นครั้งต่อไปหากเลิกสูบบุหรี่ภายในหนึ่งปี หลังเลิกสูบบุหรี่ความเสี่ยงลดลงอย่างรวดเร็ว ภายใน 5 ปี ความเสี่ยงจะลดลงเหลือเท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (โอบาส การ์ย์กวินพงศ์, 2560)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายหลายระบบ กล่าวเฉพาะที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผลกระทบเกิดทั้งระบบการไหลเวียนเลือดในสมองรวมทั้ง Blood Brain Barrier โครงสร้างเส้นเลือดและที่ระดับ Gene โดยพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในสมองน้อยลง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิต การเพิ่มปริมาณ Hemoglobin ในเลือดและทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของสารอินซูลิน ระดับความสัมพันธ์ของสาร Homocysteine กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของ Endothelial Tight Junction ที่ Blood Brain Barrier ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิด Silent Cerebral Infarction ความผิดปกตินี้พบที่ endothelium ของเส้นเลือดทั่วไปด้วย และพบการทำงานที่ผิดปกติของการส่งผ่าน Potassium ที่ Blood Brain Barrier ด้วย (Leys et al., 2002) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ Coronary Artery Calcium (CAC) โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวัน ตั้งแต่อายุ 16 ปี มีปริมาณ CAC เท่าๆกับผู้ที่อายุมากกว่า 10 ปีที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน (Coronary Artery Aging) และระดับ CAC มีความสัมพันธ์กับ Artherosclerotic Plaque และทำให้เกิด Subclinical atherosclerosis แล้วทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป มีรายงานด้วยว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดความผิดปกติ ในการทำงานของ Gene ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Apolipoprotein A5 Gene ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มสูงขึ้นของระดับ Triglyceride NT3 Gene ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ ระบบการป้องกันอันตรายของเซลล์สมองหลังจากเกิดสมองขาดเลือด การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของ NT3 gene โดยทำให้ NT3 gene ทำงาน ได้ช้าลง และ Prothrombotic Genetic Factors โดยทำให้เกิดระดับของ Fibrinogen Level เพิ่มขึ้น (ศิรินาถ ตงศิริ, 2556)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 50 เกิดจากการสูบบุหรี่ และ 8 ใน 10 ของการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ตั้งแต่เด็กและวัยรุ่น ทำให้ปอดเจริญเติบโตและพัฒนาช้าลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเป็นผู้ใหญ่ การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีที่สุดคือ ไม่ริเริ่มสูบบุหรี่หรือเลิกสูบและอยู่ห่างจากควันบุหรี่มือสอง (โอบาส การ์ย์กวินพงศ์, 2560)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูบบุหรี่เป็นมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 30-40% ซึ่งควันบุหรี่มี cadmium ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานเป็นพิษต่อตับอ่อนโดยตรง ทำให้สร้าง insulin ได้น้อยลง ทำให้เบาหวานเป็นรุนแรงขึ้น และการสูบบุหรี่ทำให้ไขมันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดื้อต่อ insulin ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ปกติ

โรคมะเร็ง (Cancer)

การได้รับควันบุหรี่เข้าไปทางปากแล้วสูดหายใจผ่านเข้ากล่องเสียงสู่หลอดลม จนถึงถึงลมในปอดบางส่วนแล้วพ่นคลายหายใจออกจากปากและจมูก ตามเทคนิคแต่ละคน ระหว่างสูบบุหรี่เกิดการเผาไหม้ เกิดสารเคมีเกิดขึ้น มากกว่า 4,000 ชนิด สารเคมีที่เป็นพิษจะเข้าสู่ร่างกายจะมีผลทำให้เซลล์ปกติเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็น เซลล์มะเร็ง โดยมีสารเคมีที่เป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดโรคมะเร็ง อาทิ นิโคติน ทาร์ส คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ แอมโมเนีย สารกัมมันตรังสี โดยพบว่า มะเร็งส่วนใหญ่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อาทิ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งไต เป็นต้น (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2560)

โรคไม่ติดต่อกจากการสูบบุหรี่ข้างต้นมีสาเหตุหลักจากการได้รับควันบุหรี่แล้วแต่ยังพบปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม 3 อย่าง ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย และการบริโภคอาหารไม่ติดต่อสุขภาพ อาทิ การบริโภคเกลือ น้ำตาล และไขมันอิ่มตัวมากเกินไป ปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมเหล่านี้ พบมากในกลุ่มคนไทย ผู้ใหญ่เพศชาย ร้อยละ 40 นั้นสูบบุหรี่ จากการสำรวจเมื่อเร็วๆ นี้ พบว่า 1 ใน 6 ของนักเรียนอายุ 13-15 ปี บริโภคยาสูบ อีกทั้งความชุกในการบริโภคยาสูบนั้นก็ไม่ได้ลดลงเลยในช่วงหลายปี ที่ผ่านมา นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตรายเฉลี่ยต่อหัวต่อปีอยู่ที่ ร้อยละ 6.9 ซึ่งถือว่าสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้ พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ใหญ่ และ 1 ใน 3 ของเด็ก อายุ 6-14 ปี และเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงระดับที่ร่างกายต้องการต่อวัน และส่วนใหญ่ก็บริโภคอาหารไม่ติดต่อสุขภาพ ดังที่จะเห็นได้จากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น 26 ซ่อนชา หรือ 104 กรัม ต่อคนต่อวัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำองค์การอนามัยโลกที่ให้บริโภคน้ำตาลสูงสุดไม่เกิน 12 ซ่อนชาต่อวัน ในทำนองเดียวกันการบริโภคเกลือต่อคนต่อวัน หรือ 9 กรัม ก็สูงเกือบสองเท่าของปริมาณสูงสุดตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลกเช่นกัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

2.2 สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อในพระสงฆ์

โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มเพศชายมากกว่า

เพศหญิง และมีอัตราการตายสูงสุดในกลุ่มประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มประชากรอายุ 30-69 ปี มีอัตราการเกิดการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.10 ในผู้ชาย โดยมีอัตราการตายที่สูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ส่วนสถานการณ์ความชุกของโรคไม่ติดต่อใน 4 โรค อาทิ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยเช่นกัน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าการตายและการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในระยะ 5 ปี มีแนวโน้มที่เป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำเป็นต้องเร่งจัดการควบคุมป้องกัน (สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2560)

ในช่วงที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการมรณภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทยถึงร้อยละ 75 ของการมรณภาพทั้งหมด หรือราว 1,100 รูปต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง หรือราวร้อยละ 55 มรณภาพที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ.2555 กับ พ.ศ.2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทยที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่าอัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปีของทั้ง 4 โรคมียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดจาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานจาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจ จาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

3. การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

การสูบบุหรี่นอกจากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อแล้ว ยังมีผลต่อการรักษาโรค หากผู้ป่วยโรคไม่ติดตอยังคงสูบบุหรี่ต่อไปก็มีแนวโน้มว่าอาการของโรคเหล่านั้นจะทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (นันท์ธิยาภรณ์ มะละศิลป์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557) จากการศึกษาการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อของสุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ (2560) พบว่าการให้บริการเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่จึงต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา และดำเนินการอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การค้นหาผู้สูบบุหรี่ให้การบำบัด และติดตามผลซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในโรงพยาบาล การให้บริการเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่เป็นพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ในแนวทางการดำเนินงาน (Guidelines for implementation) ตามมาตรา 14 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ได้แนะนำว่าอนุสัญญาฯ ควรดำเนินการให้ระบบสุขภาพที่มีอยู่ทุกระดับจัดให้มีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และให้พัฒนาการบำบัดเลิกสูบบุหรี่รูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมเข้าถึงบริการระดับประชากร อาทิ การ

บำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่แบบกระชับหรือแบบย่อ (Brief advice) ซึ่งหมายถึง คำแนะนำที่ใช้เวลาสั้นๆ แนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้หยุดสูบบุหรี่ อาจเป็นคำแนะนำที่ให้ระหว่างการรักษาโดยทั่วไป (World Health Organization, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบุว่า วิธีการช่วยเลิกสูบบุหรี่ที่เน้นทางด้านจิตสังคม (Psychosocial intervention) อาทิการปรับพฤติกรรม การติดตามสนับสนุนการเลิกทางโทรศัพท์ และการให้เอกสารวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-help materials) เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จที่ 6-12 เดือน (Barth, Critchley & Bengel, 2015) ในขณะเดียวกันมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างสอดคล้อง โดยพบว่าการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนจะมีต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, พงระดี นุชสังสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) กล่าวถึงมาตรการระบบบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย ว่าการให้บริการเลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่งที่จะช่วยลดการสูบบุหรี่ โดยมีระบบช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ 3 รูปแบบ คือ 1) การให้คำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาทิ การให้คำแนะนำเลิกสูบบุหรี่ และติดตามการเลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน ในคลินิกทันตกรรม และโครงการ 1 อสม. ขอ 1 คน เลิกบุหรี่ 2) การให้คำปรึกษาและแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ อาทิ การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หรือ 1600 และคลินิกฟ้าใส 3) การใช้ยาบำบัดในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ อาทิ Nortriptyrine hydrochloride Cytisine และสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว เป็นต้น

4. การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่

4.1 การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

4.1.1 มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีการจัดโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดบุหรี่เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ โดยนำร่อง 5 วิทยาเขต เพื่อสร้างและพัฒนานวัตกรรมในการลดบุหรี่แก่พระสงฆ์ ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวังน้อย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยนครศรีธรรมราช และมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยหนองคาย (พระวิสิทธิ์ ฐิตวิสิทโธ, 2559)

4.1.2 โครงการพัฒนาเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพลดอบายมุขสร้างสุขให้ชุมชน โครงการพัฒนาเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพลดอบายมุขสร้างสุขให้ชุมชน โดยมีพระครูสุวรรณโพธิธรรม วัดโพธิ์ทอง จังหวัดจันทบุรี โดยมีพื้นที่ต้นแบบ 32 วัดและพื้นที่ลูกข่าย 70 วัดจากทั้ง 4 ภาคทั่วประเทศ โดยมีการนำร่องมหาวิทยาลัย

ปลอดบุหรี 5 วิทยาเขตของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมีการส่งเสริมให้พระสงฆ์ และนิสิตไปศึกษาเรียนรู้กับพระนักพัฒนาอาวุโส จำนวน 32 รูป ได้เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2556 และปัจจุบันมีผลงานที่สามารถสื่อสารออกไปได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ในชุมชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

4.2 การบำบัดรักษาเลิกลูกบุหรีในพระสงฆ์

ปัจจุบันโรงพยาบาลสงฆ์ มีวิธีการบำบัดรักษาช่วยเลิกลูกบุหรีด้วยวิธีการใช้ยา และการช่วยเลิกลูกบุหรีด้วยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น พฤติกรรมบำบัด การให้กำลังใจ หาแหล่งข้อมูล เป็นต้น โรงพยาบาลสงฆ์ได้มีกระบวนการช่วยเลิกลูกบุหรีโดยการทำงานร่วมกันของพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และนักจิตวิทยา มีการส่งต่อพระสงฆ์ที่ลูกบุหรี เข้าระบบการได้รับการช่วยเหลือเลิกลูกบุหรี โดยเฉพาะพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ มีการช่วยเหลือเลิกลูกบุหรีทุกราย อาทิ การได้รับคำปรึกษาเลิกลูกบุหรีจากพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และนักจิตวิทยาในคลินิกเลิกลูกบุหรี โดยติดตามผลและประเมินทางโทรศัพท์ หรือนัดติดตาม อีก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน (คลินิกเลิกลูกบุหรี, 2560)

4.2.1 พฤติกรรมบำบัด

1) การให้คำแนะนำ ช่วยให้ผู้ติดบุหรีเลิกลูกบุหรีเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำใช้วิธีการ 5As ในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี โดยการถาม (Ask) เกี่ยวกับสถานการณ์ ลูกบุหรีแนะนำ (Advice) ให้เลิกลูกบุหรี ประเมิน (Assess) ความตั้งใจการเลิกลูกบุหรีของผู้ติดบุหรี และช่วยเหลือ (Assist) ให้ผู้ติดบุหรีให้เลิกติดบุหรีและจัดการ (Arrange) ให้การติดตามความคืบหน้าของการเลิกลูกบุหรี จากวิธีการช่วยเลิกลูกบุหรีตามหลัก 5As พยาบาลสามารถให้คำแนะนำได้ (อรสา พันธภักดี, 2555) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Ask (A1): ถามประวัติการสูบบุหรีทุกครั้งที่คุณป่วยมาตรวจ

ซึ่งทำเหมือนการวัดสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาตรวจ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการสูบบุหรีหรือไม่ การถาม เช่น “ท่านสูบบุหรีไหม” ถ้าผู้ป่วยไม่สูบบุหรี ควรถามเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรีมือสองจากพระในวัดด้วย เช่น พระที่วัดท่านสูบบุหรีหรือไม่ และบันทึกผลการสอบถามไว้ในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับการบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน ในทางปฏิบัติแล้วเมื่อถามประวัติการสูบบุหรีแล้ว พบว่าผู้รับบริการมีประวัติสูบบุหรี จะถามเพื่อประกอบความพอใจเพื่อประเมินความพร้อมในการเลิกลูกบุหรี (A3) ไปพร้อมกัน แล้วจึงให้คำแนะนำ (A2) ตามระยะความพร้อมในการเลิกลูกบุหรี

Advice (A2): การแนะนำ

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี พยาบาลต้องให้คำชื่นชมที่เขาไม่สูบบุหรี เพื่อส่งเสริมให้เขาไม่ไปทดลองสูบบุหรี เมื่อประเมินได้ว่าผู้ใช้บริการสูบบุหรี พยาบาลควรให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยความพร้อมในการเลิกลูกบุหรี

ระยะไม่ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (Pre contemplation) การให้เอกสารเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ทลึงเคียงการโต้เถียงกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

ระยะคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า (Contemplation) ระยะนี้สูบบุหรี่ยังลึงเลใจ ไม่แนใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ อาจจะไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบใหม่ การให้คำแนะนำ เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยใช้หลัก 5R ซึ่งประกอบด้วย

Relevant การชี้ให้เห็นลึงกระตุ้นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ลึงเลใจที่จจะเลิกสูบบุหรี่ เช่น การมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่ การเป็นที่ยอมรับของสังคม การเป็นตัวอย่งที่ดีสำหรับญาติโยม สุขภาพของตนเอง

Risk การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นอันตรายของการสูบบุหรี่หรือผลเสียในระยะสั้น และระยะยาวต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมที่เกิดการสูบบุหรี่ เช่น โรคที่เกิดจากบุหรี่ อาทิ มะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอด ใบหน้ามีริ้วรอยดูแก่กว่าวัย

Reward การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นประโยชน์ ผลดีของการไม่สูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อายุยืน ประหยัดเงิน

Roadblock มองหาว่าอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ เช่น ความเครียด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากรับประทานอาหารมากขึ้น เคยเลิกแล้วไม่สำเร็จ ให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขอุปสรรค

Repetition การประเมิน ซักถาม ซ้ำๆทุกครั้งที่พบผู้สูบบุหรี่ โดยทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีที่พยาบาลมีความห่วงใยต่อสุขภาพของท่าน และการเลิกสูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายาม อาจต้องเลิกหลายครั้งกว่าจะประสบความสำเร็จเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอดไป

พยาบาลควรให้ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลึงเลใจ คิดถึงผลของการเลิกสูบบุหรี่และผลของการสูบบุหรี่ต่อไป เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่และหาวิธีแก้ไขปัจจัยที่ทำให้ไม่อยากเลิกสูบบุหรี่

ระยะเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า (Preparation) คำแนะนำผู้สูบบุหรี่ระยะนี้คือ ช่วยผู้สูบบุหรี่ประเมินและวางแผนเอาชนะอุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ และเลือกริธีจะใช้เลิกสูบบุหรี่ เช่น หักดิบ หรือ การใช้นิโคตินทดแทน

ระยะอยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ (Action) เมื่อผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจจะเลิกสูบบุหรี่และเริ่มเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลให้การช่วยเหลือตาม A4 คือ Assist

Assess (A3): ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่และตัดสินใจ

การซักถามผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมินความพร้อมและความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ว่ามีเพียงใดและประเมินระดับการเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่เพื่อวินิจฉัยว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะใดใน 6 ระยะของความพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้คำแนะนำเหมาะสมกับ

ระยะความพร้อม คำถามที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น “ท่านคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าไหม”

Assist (A4): ช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่

เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูบบุหรี่มีความพร้อม มีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่วางแผนทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยรายละเอียด ดังนี้

- ตั้งจุดมุ่งหมายเลิกสูบบุหรี่เพื่ออะไร หรือหาแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่หรือทำสัญญากัน โดยเขียนเป็นบันทึกและลงลายมือไว้เป็นหลักฐานด้วยกัน

- กำหนดวันเลิก ซึ่งดีที่สุด คือ กำหนดวันเลิกภายใน 2 สัปดาห์

- กำจัดอุปกรณ์การสูบบุหรี่และบุหรี่ออกให้หมดทั้งที่วัด

- ให้ทางเลือกเรื่องการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ยา หรือนิโคตินทดแทน เช่น นิโคตินทดแทนแบบ

หมากฝรั่ง รวมกับคำแนะนำปรับพฤติกรรม

- การส่งต่อไปคลินิกบำบัดเลิกสูบบุหรี่หรือพบแพทย์ในรายที่ติดนิโคตินมากและมีโรคร่วม

อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

- การให้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ เช่น แผ่นพับ เคล็ดลับการเลิกสูบบุหรี่

Arrange Follow up (A5): การติดตามประเมินผลและให้กำลังใจเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

การติดตามประเมินผลและให้กำลังใจเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำโดยพยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือแนะนำ หรือการขออนุญาตผู้ป่วยว่าจะมีการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ การให้กำลังใจและคำแนะนำ ซึ่งระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางไปรษณีย์ ระยะเวลาที่ติดตามควรทำทันทีหลังให้การรักษา หรือสิ้นสุดโปรแกรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรติดตามประเมินอีกใน 2 สัปดาห์แรกหลังให้การรักษา อย่างไรก็ตาม กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552) แนะนำว่าควรติดตามหลังจากวันที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี การติดตามในสัปดาห์แรกจะช่วยประคับประคองผู้เลิกสูบบุหรี่ให้ผ่านระยะสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และติดตามนานถึง 1 ปี เพื่อประเมินผลสำเร็จของการช่วยเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการที่จะบอกว่าผู้ใดเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่ต้องสูบบุหรี่เลยติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป การติดตามมีความสำคัญต่อผู้เลิกสูบบุหรี่ และเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จของการให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยพยาบาล

เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ในหอผู้ป่วยในและในชุมชน มีความแตกต่างในบริบทที่ปฏิบัติงาน จึงอาจแบ่งระดับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเลิกสูบบุหรี่ (อรสา พันธภักดี, 2555) ดังนี้

- พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) ควรช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดย A1-A3 เป็นอย่างน้อย คือ Ask Assess และ Advise ส่วน Assist และ Arrange

follow up ทำโดยส่งต่อผู้สูบบุหรี่/ผู้ใช้บริการไปให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่คลินิก เลิกบุหรี่ ที่คลินิกเฉพาะโรคทำต่อเพื่อให้ครบ 5A

- พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยใน (IPD) ควรช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่โดยใช้ A1-A5 คือ Ask Assess Advise Assist และ Arrange follow up เนื่องจากผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล พยาบาลมีโอกาสนับผู้ป่วยนานกว่าพยาบาลที่ทำงานในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แต่ถ้าผู้ป่วยยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปพบพยาบาลที่ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่ ที่คลินิกเฉพาะโรค หรือให้พบแพทย์

2) เอกสารหรือสื่อสำหรับศึกษาด้วยตนเอง เป็นวิธีการเข้าถึงประชากรเป็นจำนวนมาก ได้อย่างรวดเร็ว และค่าใช้จ่ายต่อหัวต่ำ เอกสารที่จะกระตุ้นให้กำลังใจผู้ติดบุหรี่ให้พยายามเลิกสูบบุหรี่มีเพิ่มมากขึ้นและเผยแพร่อย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาบางประเทศได้มีการจัดทำสื่อเพื่อช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่เป็นเฉพาะบุคคล

3) การจัดกิจกรรมทางพฤติกรรมและจิตวิทยา ฝึกอบรมทักษะการแก้ปัญหา เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ พยายามค้นหาสาเหตุของการอยากสูบบุหรี่ ให้การสนับสนุนสังคมถือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด และช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมภายนอกเหนือจากกระบวนการบำบัดรักษา

4) การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ราคาถูกและเป็นการสื่อสาร 2 ทาง การปรึกษาสามารถดำเนินการเป็นความลับเฉพาะบุคคลได้สามารถให้บริการนอกเวลาทั้งกลางวันและวันหยุด การให้คำปรึกษาสามารถทำได้สองแบบ คือ แบบเชิงรับ โดยผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นผู้โทรเข้าไปขอคำปรึกษาและแบบเชิงรุกคือ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้โทรเข้าไปสอบถามความคืบหน้าของการอดบุหรี่รวมทั้งให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติม (มณฑา เก่งการพานิช, 2549)

4.2.2 การบำบัดด้วยยา มี 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทนิโคตินทดแทน และยาที่ไม่มีส่วนประกอบของนิโคติน

ประเภทนิโคตินทดแทน

การรักษาโดยการให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy)

เป็นผลิตภัณฑ์ที่สกัดนิโคตินจากใบยาสูบนำมาผลิตเป็นยารูปแบบต่างๆ การให้นิโคตินทดแทนร่วมไปกับการให้คำปรึกษาทางพฤติกรรม (behavioral counseling) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มอัตราการหยุดได้มากกว่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดนิโคตินมาก (highly addict) เนื่องจากอาการถอนนิโคตินเกิดได้เร็วหลังจากที่หยุดนิโคติน และสาเหตุนี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ซ้ำ นิโคตินทดแทนจะมีในรูปแบบของหมากฝรั่ง (nicotine gum) แบบติดผิวหนัง (Transdermal Nicotine Patch) แบบสเปรย์พ่นทางจมูก (Nicotine Nasal Spray) หลอดสูดทางปาก (nicotine oral inhaler) เม็ด

อม (nicotine lozenge) และยาอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ทั้ง 6 ชนิดนี้ แบ่งได้เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาว และกลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้น (สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, 2558) ได้แก่

กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาว (Sustained-release NRT) คือ ชนิดแผ่นแปะ มีข้อดีคือสามารถออกฤทธิ์ได้นานถึง 16-24 ชั่วโมง แต่มี onset ในการออกฤทธิ์ช้า ทำให้ไม่สามารถบรรเทาอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันได้

ส่วนกลุ่มที่ออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting NRT) คือ ที่เหลืออีก 5 ชนิดนั้น เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมผ่านทางเยื่อช่องปากหรือโพรงจมูกโดยตรง ทำให้ออกฤทธิ์ได้เร็วในเวลาเพียงไม่กี่นาที จึงช่วยลดอาการถอนนิโคตินแบบเฉียบพลัน (breakthrough craving) ได้เป็นอย่างดี แต่ทำให้ต้องใช้ยาบ่อย เพราะออกฤทธิ์เร็วแต่สั้น (Benowitz, 2008)

ชนิดที่มีจำหน่ายในประเทศไทย คือ นิโคตินทดแทนจะมีในรูปแบบของหมากฝรั่ง และแบบติดผิวหนัง จากการศึกษาวิจัยพบว่ารูปแบบต่างๆ ของผลิตภัณฑ์ยาโคตินให้ผลในการบำบัดรักษาไม่แตกต่างกัน คือ ช่วยให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้ในระยะยาวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาหลอก หลักการ คือ การให้สารนิโคตินทดแทนในระดับต่างๆ ทำให้ผู้ใช้มีระดับของนิโคตินในเลือดเพียงพอที่จะป้องกันอาการขาดนิโคติน แต่ก็ยังมีระดับที่ต่ำกว่าที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ นิโคตินที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายช่วยลดอาการหงุดหงิดหรืออาการไม่สบายที่เกิดจากการที่ไม่ได้สูบบุหรี่ แต่อาการไม่สบายจะไม่หายไปทั้งหมด นอกจากนี้ผู้ใช้ยาจะไม่ได้รับความพึงพอใจ (reward) เหมือนกับการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ลดขนาดยาลงเรื่อยๆ จนหมดการใช้ NRT จะต้องดูขนาดที่เหมาะสมด้วย บุหรี่ 1 มวน มีนิโคตินอยู่ 1.5 - 2.0 มิลลิกรัม แต่นิโคตินที่ร่างกายดูดซึมได้จาก NRT นั้นจะอยู่ที่ร้อยละ 50 ดังนั้นต้องคำนึงว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละกี่มวน เช่น 10 มวนต่อวัน จะได้นิโคตินจากการสูบ 15-30 มิลลิกรัมต่อวัน การใช้ NRT ควรอยู่ที่ขนาด 30-60 มิลลิกรัม ผลิตภัณฑ์ที่เป็นที่นิยม คือ หมากฝรั่ง ขนาดยาและวิธีใช้ (สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, 2558) ดังนี้

- 1) ถ้าสูบบุหรี่น้อยกว่า 20-25 มวนต่อวัน ให้ใช้ขนาด 2 มิลลิกรัม นาน 12 สัปดาห์
ถ้าสูบบุหรี่เกิน 20-25 มวนต่อวัน ให้ใช้ขนาด 4 มิลลิกรัม นาน 12 สัปดาห์
- 2) แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้เกิน วันละ 24 ชิ้น ทั้ง 2 ขนาด
- 3) ในช่วง 6 สัปดาห์แรก ให้เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง 3 สัปดาห์ต่อมา ให้เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง และ 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้นทุก 4-8 ชั่วโมง
- 4) ข้อแนะนำในการเคี้ยวหมากฝรั่ง คือ ควรหยุดสูบบุหรี่ทันทีเมื่อใช้หมากฝรั่งเคี้ยว ควรค่อยๆ เคี้ยวช้าๆ จนกระทั่งได้รสเผ็ด เมื่อได้รสเผ็ดแล้วให้หยุดเคี้ยวแล้วเก็บหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้ม เมื่อรู้สึกว่ารสเผ็ดหมดไปให้เริ่มเคี้ยวอีก (chewed and parked technique) โดยเฉลี่ยหมากฝรั่งแต่ละชิ้นอยู่ได้นานครึ่งชั่วโมง ควรใช้หมากฝรั่งตามเวลาที่กำหนด ไม่ควรใช้เมื่อต้องการ ไม่ควรกลืนน้ำลายบ่อยเพราะนิโคตินอาจทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ สารนิโคตินถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่อง

ปาก ระดับของสารนิโคตินในเลือดขึ้นถึงจุดสูงสุดภายใน 15-30 นาที ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด ก่อนและหลังการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน ได้แก่ น้ำผลไม้ กาแฟ เป็นต้น เนื่องจากลดการดูดซึมของสารนิโคติน ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีโรคทางหัวใจและหลอดเลือด ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการเจ็บในช่องปาก สะอึก และปวดศีรษะ การบริหารผลิตภัณฑ์ขนาดยานิโคตินขึ้นอยู่กับปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน อย่างไรก็ตาม การใช้นิโคตินทดแทนควรมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม พึงตระหนักว่า Nicotine Replacement Therapy ไม่สามารถทดแทนคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยในการหยุดสูบบุหรี่ การใช้นิโคตินทดแทนเพียงอย่างเดียวพบว่าอัตราการหยุดบุหรี่ได้สำเร็จไม่เป็นที่น่าพอใจ แพทย์ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และมีคามั่นสัญญาในการหยุดสูบบุหรี่ด้วย เพื่อให้ Nicotine Replacement Therapy ได้ผลในการรักษาอย่างเต็มที่ข้อจำกัดของการใช้นิโคตินทดแทนนี้คือ เมื่อเริ่มใช้ยา ผู้สูบบุหรี่ต้องหยุดสูบบุหรี่ทันที การใช้ยาไปด้วยแล้วค่อยๆ สูบน้อยลง จะทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ นอกจากนั้นปริมาณนิโคตินโดยรวมที่ร่างกายได้รับเข้าไปอาจมากเกินไปทำให้เกิดอันตรายได้ ดังนั้นการใช้นิโคตินทดแทนจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกร

ประเภทยาที่ไม่มีส่วนประกอบของนิโคติน

ยาในรูปแบบของยาเม็ดรับประทาน ซึ่งไม่มีส่วนประกอบของนิโคตินสามารถใช้ลดอาการขาดนิโคตินได้โดยที่ผู้สูบบุหรี่ไม่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ในทันทีที่รับประทานยา เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน จึงไม่ต้องเสี่ยงกับการได้รับนิโคตินมากเกินไป การใช้ยานี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ (Benowitz, 2008)

1) Bupropion ออกฤทธิ์โดยการป้องกันการเก็บกลับเข้าเซลล์ประสาท (reuptake inhibitor) ของสารสื่อประสาท dopamine และ norepinephrine ทำให้สารทั้ง 2 ชนิด เพิ่มขึ้น ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดอาการถอนของการหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกหงุดหงิดจากการหยุดบุหรี่ นอกจากนี้ Bupropion ยังยับยั้งที่ nicotinic acetylcholine receptors จึงรบกวนการออกฤทธิ์เสพติดจากนิโคตินในบุหรี่ ลดความสุขหรือความพึงพอใจที่ได้จากการสูบบุหรี่ เป็นยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรกถ้าผู้ป่วยมีประวัติโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่กลัวว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกบุหรี่ การบริหารยาให้ในขนาด 150 มก. รับประทานหลังอาหารเช้า เป็นเวลา 3 วัน และเพิ่มขึ้นเป็น 300 มก. ต่อวัน โดยเพิ่มอีก 150 มก. รับประทานหลังอาหารเที่ยง ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนที่ผู้ป่วยจะหยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด และให้ยาต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 7-12 สัปดาห์

2) Varenicline ยานี้ออกฤทธิ์เป็น partial agonist และ antagonist ต่อ nicotinic acetylcholine receptor ดังนั้นจึงจับและกระตุ้น nicotinic acetylcholine receptor เหมือนกับการได้รับสารนิโคตินจากการสูบบุหรี่ จึงช่วยลดอาการถอนนิโคตินลงได้ในขณะที่ยาก็ออก

ฤทธิ์เป็น antagonist โดยจะแย่งที่และป้องกันไม่ให้โคตินมาจับกับ receptors เหล่านี้อีก ซึ่งถือเป็นการตัดวงจรการติดบุหรี่

3) Nortriptyline ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดกลับของ Norepinephrine และ serotonin ที่ปลายประสาท เริ่มต้นใช้ 25 มิลลิกรัม ตอนเย็นวันละครึ่ง แล้วเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ จนถึง 50-100 มิลลิกรัมต่อวัน โดยเริ่มยาน้อยอย่างน้อย 10-28 วันก่อนถึงวันที่ตั้งใจหยุดบุหรี่ (quit date) ใช้นานประมาณ 12 สัปดาห์ ยานี้ใช้ได้ผลดีเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ผลข้างเคียงที่พบบ่อย อาทิ ปากแห้ง คอแห้ง และง่วงนอน มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, 2558)

4.3 ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

การเลิกสูบบุหรี่จะได้ผลดีทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจทั้งในระยะยาว ภายในเวลา 2-3 วันหลังหยุดสูบบุหรี่ การรับรู้รสและรู้สึกกลิ่นจะดีขึ้น ในเวลา 1 ปีต่อมา ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลง สมาคมศัลยแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ได้สรุปผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพไว้ (Anderson, Jorenby, Scott & Fiore, 2002) ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะมีอายุยืนกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้ก่อนอายุ 50 ปี โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตในเวลาอีก 15 ปีต่อมาลดลงไปร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่
- 2) ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดจะลดลงในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ โรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 3) สุขภาพโดยรวมจะดีขึ้นอย่างมาก เมื่อเทียบกับการที่น้ำหนักเพิ่ม 2 กิโลกรัม หรือความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งอาจมีภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่แบ่งตามระบบ

4.3.1 ระบบทางเดินหายใจ

- 1) การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้อัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอดลดลงจากเดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อ โดยพบว่าผู้ที่หยุดสูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดเท่ากับ 30-50 % ของผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป
- 2) การลดของอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ พบในผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดก้นกรอง และชนิดที่ไม่มีก้นกรอง
- 3) การหยุดสูบบุหรี่ พบอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่ลำคอ และกล่องเสียงลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป
- 4) การหยุดสูบบุหรี่ลดความผิดปกติที่จะกลายเป็นมะเร็งในระยะแรกของเยื่อลำคอ กล่องเสียง และปอด (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

4.3.2 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

- 1) การหยุดสูบบุหรี่ สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ทั้งในกลุ่มที่มีอายุมาก และน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป
- 2) อัตราความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงครึ่งหนึ่ง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครบ 1 ปี และจะลดลงอย่างช้าๆ หลังจากมีการหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลานานกว่า 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่
- 3) ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโอกาสเสียชีวิตลงอย่างกะทันหันลงเป็นอย่างมาก และพบโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร้อยละ 50
- 4) การหยุดสูบบุหรี่ ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดตีตันของส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป
- 5) ในผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดตีตันที่ขา การหยุดสูบบุหรี่ช่วยให้สามารถเดินได้นานขึ้น สามารถลดโอกาสที่จะถูกตัดขา และอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น
- 6) หลังการหยุดสูบบุหรี่ลดโอกาสของการเป็นลมปัจจุบันเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบและแตก ความเสี่ยงนี้จะลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ภายในเวลา 5 ปี แต่ในบางรายต้องหยุดสูบบุหรี่ภายในเวลา 15 ปี ความเสี่ยงจะลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

4.3.3 ผลต่อโรคมะเร็ง

- 1) หลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 5 ปี อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งในช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น จะลดลงครึ่งหนึ่ง เทียบกับคนที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป และอัตราเสี่ยงยังคงลดลงต่อเนื่องหลังจากหยุดสูบบุหรี่เกิน 5 ปี
- 2) การหยุดสูบบุหรี่ ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อน เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แต่การลดลงของความเสี่ยงนี้จะพบหลังจากหยุดสูบบุหรี่เกิน 10 ปีขึ้นไป

4.3.4 ผลต่อโรคปอดชนิดอื่นๆ

- 1) การหยุดสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการไอ ลดจำนวนเสมหะ ลดการหายใจมีเสียงวี๊ด และลดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม เป็นต้น
- 2) ในผู้ที่ยังไม่เกิดอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น ร้อยละ 5 ภายใน 2-3 เดือน หลังจากเลิกสูบบุหรี่
- 3) ผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่อย่างถาวร พบว่าอัตราการเสื่อมของปอดจะชะลอตัวลง จนเท่ากับความเสี่ยงที่เกิดในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่
- 4) ผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะลดลง

4.3.5 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

1) น้ำหนักตัวเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เท่ากับ 2.3 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขนาดนี้ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแต่ประการใด

2) ร้อยละ 80 ของผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่มีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้นที่หยุดสูบบุหรี่แล้วมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 9 กิโลกรัม สาเหตุที่น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากการกินอาหารที่มากขึ้นและการเผาผลาญพลังงานที่น้อยลงหลังการหยุดสูบบุหรี่

3) การออกกำลังกายสม่ำเสมอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค โดยลดอาหารไขมัน อาหารทอด จะช่วยทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

4.3.6 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

1) ในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่ สูบมักจะมีความกังวล หงุดหงิด อารมณ์ร้อน โกรธง่าย ไม่มีสมาธิ อยากรู้อาหารเพิ่มมากขึ้น และมีความอยากที่จะสูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลา อาการเหล่านี้จะหายไปในระยะเวลานั้น แต่ความอยากสูบบุหรี่และความรู้สึกว่ารสชาติอาหารดีขึ้น จะยังคงมีอยู่ต่อไปอีกซักระยะหนึ่ง

2) ในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่ สมรรถภาพของการทำงานต่างๆหลายอย่างที่ใช้สมาธิจะลดลงเป็นระยะเวลานั้นๆ แต่ไม่พบว่ามีผลของความจำ และความสามารถในการเรียนรู้และการทำงานที่ใช้ความสามารถสูงอื่นๆภายหลังการหยุดสูบบุหรี่

3) เมื่อเทียบระหว่างที่สูบบุหรี่กับผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว พบว่าผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงกว่า และสามารถควบคุมตัวเองได้ดีกว่าผู้ที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้

4) ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่แล้ว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอื่นๆ มากกว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ต่อไป (Anderson, Jorenby, Scott & Fiore, 2002)

ประโยชน์ระยะยาวของการเลิกสูบบุหรี่

1 ปี ความเสี่ยงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงถึงครึ่งหนึ่ง

5 ปี ความเสี่ยงจากการเป็น โรคเส้นเลือดในสมองแตกลดลง

10 ปี ความเสี่ยงที่จะเป็น มะเร็งปอด มีเพียงครึ่งเดียว เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อภายในหนึ่งทศวรรษ มีความเสี่ยงที่ลดลงของการเกิดแผล และมะเร็งชนิดต่างๆ ทั้งปาก คอ หลอดอาหาร ตับอ่อน ไต และกระเพาะปัสสาวะ

15 ปี ความเสี่ยงในการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แม้แต่มวนเดียว และความเสี่ยงในการเสียชีวิตเกือบจะกลับไปอยู่ในระดับเท่ากับของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นกลุ่มโรคที่ต้องเร่งในการป้องกันและควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โรคไม่ติดต้อมีสาเหตุหลักจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 การเปลี่ยนแปลง คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งก่อให้เกิดโรค 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง) 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

ในงานวิจัยนี้จะอธิบายถึงโรคไม่ติดต้อจากการสูบบุหรี่เป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นการช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต้อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก อาทิ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ มีบทบาทในการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟู รักษา ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบสาธารณสุขไทย ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต้อจากการสูบบุหรี่ด้วย (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การคัดกรองโรคไม่ติดต้อที่สูบบุหรี่ ในประชาชนที่สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป และไม่มีประวัติเป็นโรค แต่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยมีการคัดกรอง เช่น เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ฟังปอด และมีการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ มีการติดตาม ให้กำลังใจ เมื่อพบว่ากลุ่มที่คัดกรองมีความเสี่ยงหรือเกิดโรครายใหม่ ให้ส่งต่อไปตรวจยืนยัน วินิจฉัยโรคโดยแพทย์ และให้การดูแลรักษาต่อไป

2) ในกลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต้อที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนให้ใส่ใจสุขภาพตนเอง และควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงอาหาร รสชาติหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

3) พยาบาลควรมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต้อที่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารที่ได้รับจากควันบุหรี่ ส่งผลให้หลอดเลือดในร่างกายหดตัวทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดีส่งผลต่อระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ตา ไต หัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคัดกรองไต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญในรายที่พบความผิดปกติ เพื่อได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

4) พยาบาลควรมีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในประชาชนที่สูบบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนที่สูบบุหรี่ได้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อส่งต่อให้มีการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพยาบาลอาจเป็นผู้ให้คำแนะนำเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ หรือ ส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ / แหล่งข้อมูลในการช่วยเลิกบุหรี่ เช่น ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ 1600

6. การเลิกสูบบุหรี่

6.1 ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กระบวนการหยุดสูบบุหรี่โดยการได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (WHO, 2009)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปการหยุดสูบบุหรี่ โดยวิธีการไม่พบบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ และไม่ได้พบบุหรี่ติดตัวรวมถึงการลดจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงด้วย (จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

6.2 การประเมินการเลิกสูบบุหรี่

แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง (Self-reported) เป็น 3 ตัวชี้วัด (Velicer, Prochaska, Rossi & Snow, 1992 อ้างถึงในสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) ได้แก่

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

2) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน (Continuous abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่องกันตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น 6 เดือน 12 เดือน เป็นต้น (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

3) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถใช้เป็นแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่หลังการได้รับการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ไป (Velicer & Prochaska, 2004)

ในการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) โดยกลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน (7-Day Point prevalence abstinence at 3 months) (Ong, Cheong, Prabhakaran & Earnest, 2005)

การประเมินโดยใช้ biomarkers (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) มีรายละเอียดดังนี้ ได้แก่

คาร์บอนมอนนอกไซด์

การวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์สามารถทำได้ โดยวัดในลมหายใจออกและในเลือด แต่การวัดจากลมหายใจออกเป็นวิธีการที่สะดวก ทราบผลรวดเร็วและราคาไม่แพงนัก เป็นอุปกรณ์วัดค่าแบบมือถือ (handheld breath analyzer) ซึ่งจะบอกว่ามีระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่ส่วนในล้านส่วน (parts per million: ppm) แม้วางงานวิจัยในอดีตได้รายงานจุดตัดแบ่ง (cut-off) ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกที่บ่งชี้ภาวะการสูบบุหรี่ค่อนข้างกว้างคือ $\geq 3 - 10$ ส่วนในล้านส่วน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มักกำหนดจุดตัดแบ่งตามที่คณะทำงานของกลุ่มสังคมการวิจัยเกี่ยวกับนิโคตินและยาสูบ (SRNT) ได้แนะนำไว้ คือ $\geq 8 - 10$ ส่วนในล้านส่วน ในการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกที่บ่งชี้ภาวะสำหรับกลุ่มที่อายุน้อย (15 - 40 ปี) คือ 8 ส่วนในล้านส่วน และในกลุ่มอายุมาก (40 - 70 ปี) คือ 10 ส่วนในล้านส่วน

นิโคติน

โคตินินเป็นอนุพันธ์ของสารนิโคติน โคตินินมีค่าครึ่งชีวิตยาวกว่านิโคติน คือประมาณ 15 - 19 ชั่วโมงในขณะที่ค่าครึ่งชีวิตของนิโคตินโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2 ชั่วโมง การตรวจพบโคตินินในร่างกายแสดงว่า บุคคลนั้นอาจจะได้รับนิโคตินโดยตรงจากการบริโภคยาสูบหรือได้รับทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นโคตินินจึงเป็นตัวบ่งชี้การได้รับควันบุหรี่มือสองด้วยโคตินินสามารถตรวจได้จากสารคัดหลั่งต่างๆเช่น น้ำลาย ปัสสาวะ เลือด และเส้นผม ในบรรดาสารคัดหลั่งดังกล่าว การตรวจระดับโคตินินจากน้ำลายเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดเพราะวิธีการเก็บส่งตรวจ (specimen) ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการพัฒนาชุดตรวจโคตินินในปัสสาวะสำเร็จรูปที่มีลักษณะเป็นแถบกระดาษ (dipstick testing) เช่น ชุดตรวจ “NicoMeter®” “NicAlert” (JANT Pharmacal Corporation) และ “TobacAlert™” เป็นต้น ทั้งนี้ “NicAlert” ยังสามารถใช้วัดระดับโคตินินในน้ำลายได้ ชุดตรวจสำเร็จรูปเหล่านี้มีความสะดวกในการใช้สามารถทราบผลได้ภายในประมาณ 15 - 20 นาที

6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

6.3.1 การเสพติดบุหรี่

การเสพติดบุหรี่ เกิดจากการติดยาโคตินินในบุหรี่ที่สูบเข้าไปในร่างกาย ทำให้เกิดอาการติดยาโคตินิน หรือเกิดจากการติดยาเพียงด้านจิตใจและสังคม ทั้งนี้การเสพติดโคตินิน ในบางคนอาจเกิดจากองค์ประกอบเพียงอย่างเดียว หรือหลายองค์ประกอบก็ได้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) ดังนี้

องค์ประกอบทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย ได้แก่ การเสพติดสารนิโคตินในบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในปริมาณ 10-15 มิลลิกรัมต่อมวน โดยนิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับตัวกับ ตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบได้บริเวณ ventral tegmental area (VTA) ของ brain reward pathway จากนั้นร่างกายจะหลั่ง dopamine ออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ทำ

ให้รู้สึกสบายใจ มีอารมณ์เป็นสุข นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น acetylcholine ทำให้เกิดความตื่นตัว ความคิด ความจำดีขึ้น มีสมาธิดีขึ้น serotonin ทำให้ผ่อนคลายรักษาอารมณ์ต่างๆ ให้คงที่ norepinephrine ทำให้รู้สึกตื่นตัวมีพลัง ลดความซึมเศร้า ลดความอยากอาหาร GABA และ endorphin ทำให้ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด (จนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551) ในงานวิจัยนี้ ใช้คำการที่เกี่ยวกับการติดเสพติดบุหรี่ทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย ด้วยคำว่า การเสพติดนิโคติน

องค์ประกอบทางจิตใจ ได้แก่ ทศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ เช่น ทำให้ผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกคลายเครียด มีสมาธิ มีชีวิตชีวาเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับความเครียดที่ไม่ดี เช่น อารมณ์เศร้า เปื่อหน่ายได้

องค์ประกอบทางพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ ความเคยชินที่ต้องสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์บางอย่าง หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย

ความหมายของการเสพติดบุหรี่

การเสพติดบุหรี่ หมายถึง การเสพติดฤทธิ์ของสารนิโคตินโดยมีนิโคตินออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น nicotinic subtype ของ acetylcholine receptors กลไกที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ยังรวมกับการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ (psychological dependence) และการเสพติดทางพฤติกรรม/สังคม (socio-cultural) หรือเป็นนิสัย (habit) การสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยเป็นความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่ยามาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย (สุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา, 2552)

การเสพติดบุหรี่ หมายถึง การเสพติดนิโคติน โดยนิโคตินมีฤทธิ์เสพติดรุนแรงเท่ากับเฮโรอีน เมื่อสูบนิโคตินจะเข้าสู่ร่างกายไปถึงสมองอย่างรวดเร็วเพียง 7 วินาทีเท่านั้น มีผลโดยตรงต่อระบบประสาท ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกสุขสบายช่วยลดความเครียด ความกังวลได้ชั่วคราว ประกอบกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ อีก 2 ด้าน คือ นิสัย หรือความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นร่วมกับช่วงเวลาที่มึอารมณ์เบื่อ เศ็ง กังวล เครียด หรือใช้ความคิดหนักๆ จึงทำให้ยากในการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ด้วยตนเองดังนั้นทำให้ผู้สูบบุหรี่หลงใหลในผลดังเป็นอย่างมากและต้องกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อให้มีนิโคตินในสมองตลอดเวลา (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ, 2558)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของการเสพติดบุหรี่ คือ ภาวะเสพติดบุหรี่ยทางร่างกายจากการเสพติดนิโคตินในบุหรี่ย และการเสพติดบุหรี่ยจากด้านจิตใจและสังคม ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ยขึ้น ทั้งนี้การใช้คำที่มีความหมายเกี่ยวกับการมีระดับนิโคตินในร่างกายนั้น มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น การเสพติดนิโคติน การติดนิโคติน การเสพติดบุหรี่ย และการติดบุหรี่ย เป็นต้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า การเสพติดนิโคติน

การประเมินการเสพติดบุหรี่

1) แบบประเมินการเสพติดนิโคติน Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ปรับปรุงโดย Heatherton et al. (1991) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาทีสารกกิจ (2552) มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 6 ข้อคำถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 - 2 คะแนน แสดงว่าการเสพติดนิโคตินในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 3 - 4 แสดงว่าการเสพติดนิโคตินในระดับต่ำแนวโน้มไปปานกลาง คะแนน 5-7 คะแนน แสดงว่าการเสพติดนิโคตินระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 8-10 แสดงว่าการเสพติดนิโคตินในระดับสูง ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนค่าความตรงของเครื่องมือในการประเมินการเสพติดนิโคติน มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .69

2) แบบประเมินการเสพติดนิโคติน (Heaviness of smoking index) สร้างโดย Heatherton et al. (1989) ฉบับภาษาไทย ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคยาสูบแห่งประเทศไทย ปรับปรุง พ.ศ.2559 มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนระหว่าง 5 - 6 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินรุนแรง คะแนน ระหว่าง 3 - 4 คะแนน แสดงว่า ติดนิโคตินปานกลาง คะแนน ระหว่าง 0 - 2 คะแนน แสดงว่า ติดนิโคตินเล็กน้อย มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .63

3) แบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale สร้างขึ้นโดย DiFranza, Wellman, Ursprung & Sabiston (2009) เพื่อประเมินการเสพติดบุหรี่ มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 12 ข้อคำถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 36 คะแนน เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ไม่ใช้เลย (0 คะแนน) มีบ้าง (1 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) ตามลำดับมีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .97

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ โดยมีการประเมินแยกเป็น 2 แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาทีสารกกิจ (2552) มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 6 ข้อคำถาม มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .69 เพื่อประเมินการเสพติดนิโคติน 2) แบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale สร้างขึ้นโดย DiFranza, Wellman, Ursprung & Sabiston (2009) มีข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .97 เพื่อประเมินการเสพติดบุหรี่

6.3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นตัวทำนายความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ ภายในเวลา 6-12 เดือนหลังจากหยุดสูบ การศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากติดตาม

ระยะเวลา 3 ปี พบความสัมพันธ์ของการพึ่งพานิโคตินในระดับต่ำกับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ในทางกลับกันผู้ที่มีคะแนนความสามารถของตนเองในระดับต่ำจะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ได้ (Lindberg et al., 2015) การศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาลที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น มีปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย โดยการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น จะมีโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Khamrath, Yunibhand & Preechawong, 2017)

การเสริมสร้างรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายถ้ามีความสามารถของตนเองต่ำ จะมองพฤติกรรมหรืองานที่ยากลำบากเป็นภาวะคุกคาม ทำให้หลีกเลี่ยงหรือล้มเลิกในการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อเกิดความล้มเหลวจะมองตนเองด้วยความสามารถ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลจะต้องถูกสอนหรือฝึกในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้รู้ว่าเขาจะต้องทำอะไรและทำอย่างไร โดยการกระตุ้นให้รับรู้ความคาดหวังในผลของการกระทำและเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ (Cohen & Hoberman, 1983)

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อ และการคิดพิจารณาตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประสิทธิภาพของการแสดงออก โดยแสดงออกทางพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ (Bandura, 1977)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางเพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าผู้ที่ยังไม่คิดจะเลิกและผู้ทีกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (Elshatarat, Yacoub, Khraim, Saleh & Afaneh, 2016).

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการตัดสินความสามารถของบุคคล ซึ่งประสิทธิภาพของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสร้างขึ้นโดย Haug et al. (2010) มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วน Rating scale 5 ระดับ เป็นข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ข้อ

คำถามเชิงบวก 3 ข้อ ข้อคำถามด้านความเคยชิน ความอยาก 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนน ระหว่าง 9 - 15 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 16- 30 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 31 - 45 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .92

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสร้างขึ้นโดย Condiotte & Lichtenstein (1981) มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ฉันมั่นใจมากกว่าฉันจะสูบบุหรี่ (1 คะแนน) ฉันน่าจะสูบบุหรี่ (2 คะแนน) ฉันอาจจะสูบบุหรี่ (3 คะแนน) ฉันอาจจะไม่สูบบุหรี่ (4 คะแนน) ฉันน่าจะไม่สูบบุหรี่ (5 คะแนน) ฉันมั่นใจมากกว่าฉันจะไม่สูบบุหรี่ (6 คะแนน) ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .96 ตามลำดับ

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยจิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องปรับปรุงโดย วิชชุดา มากมาย (2560) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) มั่นใจเล็กน้อย (2 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (3 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งสิ้น 80 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนต่ำกว่า 48 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ คะแนนระหว่าง 49 - 63 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง คะแนนระหว่าง 64 - 80 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูง ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยปรัชพร กลีบประทุม และคณะ (2559) จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (3 คะแนน) มั่นใจน้อย (2 คะแนน) มั่นใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยจัดกลุ่มคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ คะแนนระหว่าง 48 - 60 แสดงว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ระดับสูง คะแนนระหว่าง 35 - 47 แสดงว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 12 - 34 แสดงว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .91

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ปรับปรุงโดย วิชชุดา มากมาย (2560) ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ

กลุ่มผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมที่ยังสุขภาพดี มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

6.3.3 กิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยร่างกายมีการใช้พลังงานและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ โดยมีการศึกษาความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ในที่ทำงาน พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมาก สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า (Stolz et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haug, Schaub & Schmid (2014) ได้ทำการศึกษาการเลิกและการลดจำนวนการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น จะสามารถลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ได้

ความหมายของกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆที่ต้องใช้กล้ามเนื้อลายและพลังงานในปัจจุบัน (WHO, 2010)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลาย และมีการใช้พลังงานเพิ่มจากภาวะพักตัวอย่าง เช่น การเล่นที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การช่วยทำงานบ้าน การเดินทาง งานอดิเรก เช่น การเล่นกีฬา นันทนาการ และการออกกำลังกาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2561)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายครอบคลุมทุกการเคลื่อนไหวร่างกาย ทุกกิจกรรมในชีวิตประจำวันนั่นเอง แต่ละกิจกรรมทางกายมีค่าการเผาผลาญพลังงานต่างกัน ตามความหนักเบาของการเคลื่อนไหวร่างกาย ในทางตรงข้ามมีกิจกรรมอีกประเภทหนึ่งที่เรียกว่า กิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเช่นกัน (อรณา จันทรศิริ, 2559)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การกระทำใดๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน ทำสวน ล้างรถ การขึ้นบันได การเดิน การขี่จักรยาน รวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากการทำงานในอาชีพ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือสันทนาการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก และออกแรงปานกลาง (IPAQ Research Committee, 2005)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆที่ต้องใช้กล้ามเนื้อ แต่ละกิจกรรมทางกายมีค่าการเผาผลาญพลังงานต่างกัน ตามความหนักเบาของการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระดับความหนักเบา (Intensity) ของการมีกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมอย่างหนัก หมายถึง

1) การทำงานออกแรงกายอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก ออกแรงกายต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน เป็นต้น

2) กิจกรรมยามว่างที่ออกแรงกายอย่างมาก ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก โดยออกแรงกายเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว วิ่ง เป็นต้น (WHO, 2012)

กิจกรรมอย่างปานกลาง หมายถึง

1) การทำงานออกแรงกายปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้นหรือ หัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลาง ออกแรงกายต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในวัด หรือถือของเบาๆ เป็นต้น

2) การเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยการเดินเป็นเวลา 10 นาทีอย่างต่อเนื่อง

3) มีกิจกรรม ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างที่ใช้แรงกายอย่างปานกลางเป็น เวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว เป็นต้น

ความหนักเบาของการออกแรงกายนี้สามารถแปลงเป็นพลังงานที่ร่างกายต้องใช้ไปต่อวันที่ ต่อวัน และต่อสัปดาห์โดยการคำนวณเป็นค่า metabolic equivalent (MET)

MET หมายถึง อัตราส่วนของพลังงานที่ร่างกายใช้ในการออกแรงกาย ต่อพลังงานที่ใช้ขณะพัก โดย $1 \text{ MET} = 1 \text{ kcal/kg/hr}$ เป็นพลังงานที่เทียบเท่ากับพลังงานที่ร่างกาย ใช้ขณะอยู่ร่างกายนั่งอยู่เฉยๆ โดยร่างกายจะใช้พลังงาน 1 kcal ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ต่อชั่วโมง

ระดับของกิจกรรมทางกาย ได้แก่

ระดับเบา หมายถึง การเคลื่อนไหวที่น้อยในการออกแรง เป็นการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อาทิ การเดินระยะทางสั้นๆ กวาดลานวัด

ระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง ระหว่างทำกิจกรรม ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น การเดินเร็ว เป็นต้น

ระดับหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก ระหว่างทำกิจกรรม ไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ อาทิ การวิ่งเร็ว (กรมอนามัย, 2561)

การประเมินกิจกรรมทางกาย

1) แบบประเมินกิจกรรมทางกาย Global physical activity questionnaire (GPAQ) สร้างขึ้นโดย WHO (2012) ฉบับภาษาไทย มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมการเดินทาง กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ กิจกรรมที่

เป็นการนั่ง โดยแต่ละหัวข้อจะให้ตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ พร้อมระยะเวลาของการทำกิจกรรม ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .70

2) แบบประเมินกิจกรรมทางกายสร้างขึ้นโดยรัชดาวรรณ ลิมาชาน (2549) มีคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การออกกำลังกายแบบแผน การเคลื่อนไหวในงานอาชีพ การเคลื่อนไหวในบ้าน และการเดินทาง โดยใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ

3) แบบประเมินกิจกรรมทางกาย Thai version of short format International Physical Activity Questionnaire ฉบับแปลภาษาไทยโดยพรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์ และคณะ (2549) มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ใช้สำหรับศึกษาระดับประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-69 ปี แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเดิน การมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง และกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงมาก จะถามคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายประเภทต่างๆในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา โดยค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .32 ค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .90

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกาย มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกาย Thai short International Physical Activity Questionnaire ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .90

6.3.4 ภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Hughes et al. (2003) กล่าวว่า การมีประวัติของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 2-12 เดือน พบว่ามีอุบัติการณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ 0-14 % สอดคล้องกับการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Covey (2004) พบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง ในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดอาการในอดีตที่ผ่านมาและพบว่าอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้ามีผลต่อจำนวนและระยะเวลาในการเกิดอาการ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เบื่อเซ็ง ท้อแท้หดหู่ เศร้า เหนงาโดยทั่วไป และรวมกับมีภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าคือ มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้หดหู่ สิ้นหวังอย่างรุนแรงเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกัน

อย่างน้อย 2 สัปดาห์ร่วมกับเป้าหมาย หมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะคงอยู่นานเป็นเดือนเรื้อรังเป็นปีและกลับเป็นซ้ำได้บ่อย อาการซึมเศร้าที่รุนแรง ส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่มีอาการเหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่ารวมกับมีภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด

การประเมินภาวะซึมเศร้า

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า สร้างขึ้นโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2547) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ คำถาม โดยแต่ละหัวข้อจะให้ตอบว่า มี/ไม่มี อาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยถ้าตอบว่า มีอาการ จะคิดเป็น 1 คะแนน ถ้าคะแนน 6 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นโดย Radloff (1977) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน นิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และนิยมใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง ใช้วัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เป็นการวัดกลุ่มอาการใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ โดยวัดในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3คะแนน) มีคะแนนรวม 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.86

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นโดย Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงษ์ธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ มีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .86

6.3.5 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่บ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยองค์ประกอบที่สำคัญในตัวบุคคล คือ พื้นฐานของความรู้ ความจำและเจตคติ โดยมีส่วนก่อให้เกิดความตั้งใจและผลักดันให้เลิกสูบบุหรี่ (จำลอง เงินดี, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของเขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อการเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ และ

งานวิจัยของนนทรี สัจจารธรรม (2555) ได้ศึกษาเจตคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์พบว่า เมื่อนักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่มากและมีเจตคติที่ดีว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่พฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อมีแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

ความหมายของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่บ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยองค์ประกอบที่สำคัญในตัวบุคคล คือ พื้นฐานของความรู้ ความจำและเจตคติ โดยมีส่วนก่อให้เกิดความตั้งใจและผลักดันให้เลิกสูบบุหรี่ (จำลอง เงินดี, 2552)

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่จนกระทั่งถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมา (นนทรี สัจจารธรรม, 2555)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่

การประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

1) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน (2554) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต มีจำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตั้งใจมากที่จะเลิกสูบบุหรี่ (คะแนน 5) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (4 คะแนน) ไม่แน่ใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (3 คะแนน) ไม่ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (2คะแนน) ไม่ตั้งใจเลยที่จะเลิกสูบบุหรี่ (1คะแนน) สามารถแปลคะแนนได้ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง 3-4 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง และ1-2 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.92

2) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยพัชราวดี ทองเนื่อง, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 2 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต ลักษณะของข้อคำถามจะถามความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ เลิกสูบนั่นเอง (5 คะแนน) - ไม่เลิกสูบนั่นเอง (1 คะแนน) และข้อคำถามความเป็นไปได้ที่จะเลิกหรือไม่เลิกสูบบุหรี่โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับ คือ เป็นไปไม่ได้อย่างยิ่ง-เป็นไปได้อย่างยิ่งแน่นอน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ นำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 โดยสามารถแปลผลได้ดังนี้ 8 -10 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง 5 - 7 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปาน

กลาง และ 2 - 4 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ในระดับต่ำ มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.80

3) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่พัฒนาโดย Chiang, Enarson & Slama (2008) มีข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อคำถาม โดยมีข้อคำถามว่า “ท่านมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า” โดยระดับการวัดมี 10 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 10 ให้คะแนนมาตรวัดปลายชั่ววอก มีค่าสูงที่สุดแล้วค่อยๆ ลดลงและให้ปลายชั่ววอกมีค่าน้อยที่สุด การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.84

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่พัฒนาโดย Chiang, Enarson & Slama (2008) มีคำถามทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่

6.3.6 ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ Nagrebetsky et al. (2014) พบว่าการบำบัดรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่นั้น ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและการให้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่โดยผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นพยาบาล แพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ และมีการศึกษาของ Barth, Critchley & Bengel (2015) กล่าวว่า การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย หรือเป็นโปรแกรมที่เน้นเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ มีทั้งการปรับพฤติกรรม โทรศัพทติดตาม การใช้สื่อหรือเอกสารช่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และการให้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยมีพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้เริ่มต้นให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล

ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ หมายถึง ระดับของการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล/กลุ่ม การให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือได้รับโปรแกรมช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ (Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand, 2017)

การประเมินความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่

1) แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ สร้างขึ้นโดย Khongstor, Yunibhand & Preechawong (2014) ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 2 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 มีคำถามว่า พระสงฆ์เคยได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่จากบุคลากรด้านสุขภาพ หรือไม่ ถ้าตอบไม่ใช่ ไม่ต้องทำข้อที่ 1 และตอบ ใช่ ให้ตอบคำถามข้อที่ 2 จะเป็นการถามถึงเวลาที่ได้รับการแนะนำ หรือคำปรึกษาจากบุคคลหรือรายกลุ่มเรื่องการเลิกสูบบุหรี่จากบุคลากรด้านสุขภาพ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคะแนนรวมทั้งหมด 4 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้รับคำแนะนำ 3-10 นาทีต่อครั้ง (1 คะแนน) ได้รับคำแนะนำ 30-45 นาทีต่อครั้ง (2

คะแนน) ได้รับคำแนะนำ 3-10 นาทีต่อครั้งร่วมการติดตาม (3 คะแนน) ได้รับคำแนะนำ 30-45 นาทีต่อครั้งร่วมการติดตาม (4 คะแนน) มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.89

2) แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ สร้างขึ้นโดย Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand (2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเกี่ยวกับวิธีการหรือการได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ตอบ ไม่ได้ (0 คะแนน) เคยได้รับ (1 คะแนน) มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.79

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้เลือกใช้แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ของ Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand (2017) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ โดยนำมาปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างคือ วัยผู้ใหญ่ มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.79

6.3.7 ระดับการศึกษาทางโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ของพนักงานโรงงานในภาคกลางของอินเดีย (Gaikwad et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2013) ในอังกฤษ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่

ระดับการศึกษาทางโลก หมายถึง การศึกษาในสถานศึกษา เช่น โรงเรียน วิทยาลัยมหาวิทยาลัย มีการแบ่งระดับชั้น เช่น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา ควบคุมโดยกระทรวงศึกษาธิการหรือทบวง (สมหวัง ธีระวณิชตระกูล, 2554)

6.2.8 ระดับการศึกษาทางธรรม

ระดับการศึกษาทางธรรม หมายถึง การศึกษาในโรงเรียนแผนกธรรมและบาลีที่สังกัดสถาบันพุทธศาสนา มีการศึกษาวิชาการทางพระพุทธศาสนา และภาษาบาลี ซึ่งจัดให้พระภิกษุสามเณรศึกษาตามหลักสูตรพระปริยัติธรรม (Vichai, 2016)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551-2560 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

ณัฏฐิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่จำนวน 3 แห่ง โดยติดตามการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันก่อนวันประเมินผล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ หลังได้รับคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่จากคลินิกอดบุหรี่ 2 เดือน พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.03; 95%CI = 1.01-1.05) ความวิตกกังวล (OR = .86; 95%CI = .74-.99) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน (5-30 นาที) (OR = 4.38; 95%CI = 1.57-12.23) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (OR = 0.11; 95%CI = .02-.55) และ การสนับสนุนทางสังคม (OR = 1.10, 95% CI = 1.01-1.20)

Jianvitayakij et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูงและมีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 266 ราย มีการติดตามโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากได้รับคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ และมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 1 ปี จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มี 2 ปัจจัยคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และการคำนึงถึงอันตรายจาก การสูบบุหรี่โดยปัจจัยทั้งสองนี้ร่วมกันอธิบายโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 68 และสามารถพยากรณ์การเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง ร้อยละ 97.7

Khamrath, Yunibhand & Preechawong (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 161 ราย ที่สูบบุหรี่และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 แห่ง ทั่วทุกภาคในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด 8 ข้อ หลังได้รับคำแนะนำเลิกสูบบุหรี่และมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายมีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีอิทธิพล ทางตรงด้านบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .59$) และการมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีอิทธิพล ทางตรงด้านลบต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.34$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลทางอ้อมด้านลบต่อการเลิกสูบบุหรี่ผ่านสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.27$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะซึมเศร้า

สุวิมล โรจนาวี และคณะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ใช้บริการเลิกสูบบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ มีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 6 เดือน หลังได้รับคำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.52, 95% CI = 1.21-1.92) จำนวนครั้งในการโทรติดตาม (OR = 1.40, 95% CI = 1.10-1.76) และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (OR = 0.30, 95% CI = 0.14-0.65) การส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ และมีการโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 6 เดือน โดยมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .480, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .346, p < .001$) ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) รายได้ ($r = .218, p < .05$) ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($r = -.180, p < .05$) ส่วนอายุอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การศึกษาระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ชนิดา ราชวัณ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธุ์ภักดี (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG อย่างน้อย 6 เดือน มีประวัติการสูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 146 คน เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยใช้แบบประเมินการเสพติดนิโคติน หลังได้รับคำแนะนำเลิกสูบบุหรี่และมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังผ่าตัด CABG ($\chi^2 = 5.36, p < .05$) และพบว่าระดับการเสพติดนิโคติน ($r = -.921, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .316, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ($r = -.443, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .563, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังผ่าตัด CABG

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มคนทั่วไป โดยยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์ งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) และติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยดูจากช่วงระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่ (length of abstinence) ใน 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วันก่อนวันประเมินผลหลังได้รับคำปรึกษา/ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว ที่ระยะเวลา 1, 2, 3 และ 6 เดือน ตามลำดับ

งานวิจัยต่างประเทศ

Bhang et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ความสำเร็จที่คลินิกเลิกสูบบุหรี่ในสาธารณรัฐเกาหลี ในพื้นที่อุตสาหกรรมในเกาหลีใต้ ศึกษาในผู้ที่สนใจในการเลิกสูบบุหรี่อายุ 18 ปี

ขึ้นไปและเข้ารับการรักษาอย่างน้อยหนึ่งครั้ง จำนวน 2,089 คน โดยใช้แบบสอบถาม Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) และเครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ หลังมีการเข้าคลินิกอดบุหรี่ โดยมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 24 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยแตกต่างกันไปตามปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ ความพยายาม ในการเลิกสูบบุหรี่ สถานะการทำงาน ประเภทประกันสุขภาพ ระดับระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ ส่วนจำนวนบุหรี่ที่สูบเป็นประจำทุกวัน การใช้สารนิโคตินทดแทน พบว่าตัวแปรที่กล่าวมามีความสัมพันธ์เชิงลบในการเลิกสูบบุหรี่

Haug, Schaub & Schmid (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในชาวญี่ปุ่นวัยกลางคน จำนวน 9,524 คน ในญี่ปุ่น โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีการติดตามผล 1 ปี หลังเข้าคลินิกอดบุหรี่ โดยมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 7 วัน จากการศึกษาพบว่าอายุของการเริ่มสูบบุหรี่ อาชีพ อัตราสูบบุหรี่ต่อวัน การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ ส่วนเพศไม่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้

Stolz et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ในที่ทำงาน จำนวน 887 คน โดยมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 24 เดือน หลังได้รับคำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคลแบบเข้มข้นรวมทั้งการเปลี่ยนมาใช้นิโคตินและ / หรือ bupropion ตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้การวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ ≤ 6 ppm จากการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 37% ในช่วง 24 เดือนและไม่แตกต่างกันในกลุ่มยาหลายกลุ่ม ($p > 0.05$) ตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ คือ อายุ (OR 1.47, 95% CI 1.08–2.00) การหายใจไม่ออกแรงมาก (OR 2.26, 95% CI 1.1– 4.9) และ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น (OR 1.81, 95% CI 1.06–3.09) ส่วนคะแนนความอยากบุหรี่ (OR 0.76, 95% CI 0.59–0.97) การมีเสมหะเรื้อรัง (OR 0.52, 95% CI 0.31–0.87) และการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า (OR 0.54, 95% CI 0.32–0.91) มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

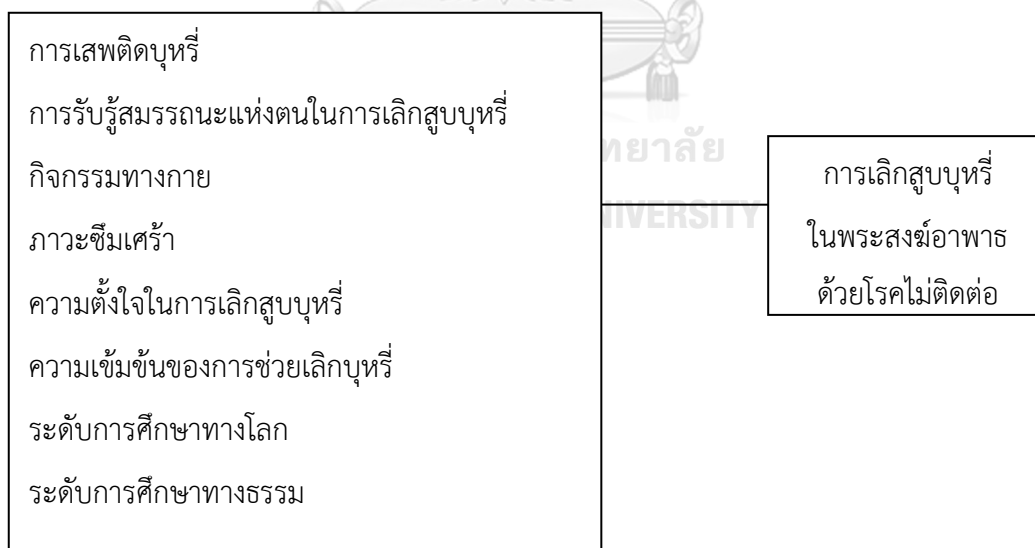
Gaikwad et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความเป็นไปได้ในการเลิกสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานในภาคกลางของอินเดีย อายุ 18-60 ปี จำนวน 640 คน ในเมือง Amravati รัฐมหาารashtra อินเดีย โดยติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง (quit attachment) โดยใช้โดยใช้แบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่และแบบสอบถามของ Fagerstrom พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และระดับการศึกษา

Holm et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่โดยการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีขนาดใหญ่ จำนวน 2,564 คน โดยประเมินจากแบบสอบถามการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีการติดตามการเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลายาวนาน จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วย 999 ราย หรือ ร้อยละ 39 หยุดสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ศึกษา อัตราการเลิกสูบบุหรี่ 44.9 ต่อ 1000 คนต่อปี การเลิกสูบบุหรี่มาก

ขึ้นเกี่ยวกับการอายุและการศึกษาที่มากขึ้น ส่วนอาการหอบหืด มีไข้ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด่นชัด แต่ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงระยะเวลาการศึกษามีแนวโน้มที่จะหยุดสูบบุหรี่มากขึ้น

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ อาทิ พนักงานโรงงาน พนักงานบริษัทที่สูบบุหรี่ และวัยผู้ใหญ่ งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในระยะยาว และติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือนัดติดตามการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีการวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ด้วย และประเมินช่วงเวลาการเลิกสูบบุหรี่ (length of abstinence) ใน 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วันก่อนวันประเมินผล หลังได้รับคำปรึกษา/ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว ที่ระยะเวลา 3 , 6, 12, 24 เดือนตามลำดับ จะพบว่าส่วนใหญ่ งานวิจัยที่ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในต่างประเทศจะมีการประเมินในระยะเวลานานมากกว่า 12 เดือน ทั้งนี้งานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีข้อมูลการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มพระสงฆ์อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยตัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สูบบุหรี่ อายุ 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ อายุ 20-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กลุ่มตัวอย่าง 136 รูป ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน ในปัจจุบัน
2. อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อกับการสูบบุหรี่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง
3. ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ หรือพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยาในโรงพยาบาลสงฆ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ Power analysis เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยของชนิดา รำขวัญ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธุ์ภักดี (2559) ซึ่งพบว่าปัจจัย การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .316, -.443, .563$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .37$) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 123 รูป เมื่อเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในกรณีมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 รูป

ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลสงฆ์เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์เป็นสถาบันสุขภาพเฉพาะทาง ภายใต้พระธรรมวินัยในการดูแลรักษาพระสงฆ์ สามเณรอาพาธทั่ว

ประเทศไทย และพระสงฆ์ทั่วประเทศไทยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
ใดๆ ในการเข้ามารับบริการการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตาม
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการสำรวจรายชื่อจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่มารับบริการตรวจ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำช่วยเหลือจากคลินิกเล็ก
บุหรี หรือบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ตามคุณสมบัติที่
กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 136 รูป ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม
และคลินิกเล็กบุหรี ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 16 สิงหาคม
พ.ศ. 2562 เวลา 8.30 – 15.00 น.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสงฆ์ (IRB No 6/2562) วันที่รับรอง 29 เมษายน พ.ศ. 2562 ภายหลังได้รับความ
เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สงฆ์ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์
อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบ
รับหรือปฏิเสธร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอย่างไร เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้า
ร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะ
เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจาก
การวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการออกจากการ
วิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้เข้าสู่ระยะ
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย
ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับ
การศึกษาทางโลก ภาวะเจ็บป่วย จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่เคยเลิก
สูบบุหรี่ในครั้ง นี้ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พัฒนาโดย Chiang, Enarson &
Stama (2008)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการเสพติดบุหรี่ โดยใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมิน Fagerstrom test for Nicotine Dependence (FTND) และ 2) แบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ปรับปรุงโดย Heatherton et al. (1991) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาทีสารกกิจ (2552) มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 6 ข้อคำถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 - 2 คะแนน แสดงว่าการเสพติดบุหรี่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 3 - 4 แสดงว่าการเสพติดบุหรี่ในระดับต่ำแนวโน้มไปปานกลาง คะแนน 5-7 คะแนน แสดงว่าการเสพติดบุหรี่ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 8-10 แสดงว่าการเสพติดบุหรี่ในระดับสูง ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .73 ทั้งนี้ จากการศึกษา พบว่าการแปลคะแนนของประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence มีการแปลระดับคะแนนที่หลายหลาก แต่ผู้วิจัยนำการแปลคะแนนของ National Drug Research Institute (2011) เนื่องจากมีการใช้แบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายกัน ทำให้มีความเหมาะสมกับการแปลผลมาใช้ในงานวิจัยนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม The Autonomy Over Tobacco Scale สร้างขึ้นโดย DiFranza, Wellman, Ursprung & Sabiston (2009) มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 12 ข้อคำถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 36 คะแนน เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ไม่ใช่เลย (0 คะแนน) มีบ้าง (1 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) ตามลำดับ คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีการเสพติดบุหรี่มาก ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัย นำมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยจิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่อมา ปรับปรุงโดย วิชชุดา มากมาย (2560) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) มั่นใจเล็กน้อย (2 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (3 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งสิ้น 80 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนต่ำกว่า 48 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ คะแนนระหว่าง 49 - 63 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง คะแนนระหว่าง 64 - 80 แสดงว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูง ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบประเมินกิจกรรมทางกาย Thai version of short format International Physical Activity Questionnaire (Thai short IPAQ) ฉบับแปลภาษาไทยโดย พรพิมล รัตนา

วิวัฒน์พงศ์ และคณะ (2549) ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .80 มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเดิน การมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง และกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงมาก จะถามคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายประเภทต่างๆในช่วง 7 วันที่ผ่านมา มาคิดคะแนนได้คำตอบเป็นเวลาในการทำกิจกรรมเหล่านั้น มีหน่วยเป็นนาที แปลงข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายเป็นตัวแปรต่อเนื่องโดยวิธีการถ่วงน้ำหนัก ด้วยค่าปริมาณพลังงานที่ต้องใช้ เมื่อเทียบกับอัตราการเผาผลาญในขณะพัก (Resting metabolic rate) เรียกว่า METs แล้วคูณด้วยจำนวนนาทีที่ทำกิจกรรมนั้นเพื่อให้ได้หน่วยเป็น MET-minutes แล้วทำการคำนวณ MET-min/week ของกิจกรรมทางกายระดับหนัก ปานกลาง การเดิน และการนั่ง โดยใช้ค่ามาตรฐานกลางที่กำหนด จากแนวคิดของ Ainsworth et al. (2000) ดังนี้

An average MET value for walking = 3.3 METs
for moderate-intensity activities = 4.0 METs
and vigorous-intensity activities = 8.0 METs

สามารถคำนวณหาค่าคะแนนกิจกรรมทางกาย ได้ดังนี้

- 1) Walking MET-minutes/week = 3.3*walking minutes*walking days
- 2) Moderate MET-minutes/week=4.0*moderate-intensity activity minutes*moderate days
- 3) Vigorous MET-minutes/week =8.0*vigorous-intensity activity minutes*vigorous-intensity days
- 4) Total PA MET-minutes/week = sum of Walking + Moderate+ Vigorous METminutes/week scores

เกณฑ์ระดับกิจกรรมทางกาย ได้ดังนี้

กิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเด่นเร็วขึ้นอย่างมากจนรู้สึกเหนื่อยหอบทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1,500 MET -minutes/week หรือ กิจกรรมติดต่อกัน 7 วัน/ สัปดาห์

กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate physical activity) หมายถึง กิจกรรมระดับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3 วันและอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 3 วันขึ้นไปในสัปดาห์ หรือมีกิจกรรมระดับปานกลางหรือการเดินติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วันขึ้นไปในสัปดาห์ และทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 600 MET -minutes/week ไม่เกิน 1,500 MET -minutes/week

กิจกรรมทางกายระดับเบา (Low physical activity) หมายถึง กิจกรรมที่เกิดการเผาผลาญพลังงานในระดับต่ำซึ่งมีกิจกรรมเคลื่อนไหวน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ และเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 600 MET minutes/week

ตัวอย่างการคำนวณหากิจกรรมทางกาย

มีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (480 MET-min/week) มีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับปานกลาง 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (240 MET-min/week) ใช้เวลาในการเดิน 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (198 MET-min/week) จะนำค่า MET-min/week มาบวกกันได้ 918 MET-min/week เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คะแนน IAPQ จะได้กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง

ในการคำนวณหาระดับกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการคำนวณหาค่าระดับกิจกรรมทางกายสำเร็จรูปจาก IAPQ-AUTOMATIC Report พัฒนาโดย IPAQ Research Committee (2005)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นโดย Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ โดยวัดในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นด้านลบ 16 ข้อ และด้านบวก 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) มี คะแนนรวม 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .85

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเหลือบุญศรี สร้างขึ้นโดย Rojnawee, Chaiyawat & Yunibhand (2017) จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเกี่ยวกับวิธีการหรือการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือบุญศรี โดยให้ตอบ ไม่ได้รับ (0 คะแนน) เคยได้รับ (1 คะแนน) ทดสอบหาค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .67 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยจากการทบทวนวรรณของ สุวิมล โรจนานวี และคณะ (2559) ใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการช่วยเหลือบุญศรีจากโรงพยาบาลสงฆ์ 3 เดือน ประกอบด้วยข้อความ 3 ข้อ โดยมีข้อความ ได้แก่ 1) ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ หลังได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาล 3 เดือน ข้อความนี้แสดงถึงการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง 2) ท่านได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ และ 3) หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และอาจารย์ด้านวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา และนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน โดยยึดถือความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ใน 5 คน

1.2 นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI ต้องเท่ากับหรือมากกว่า .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2008) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความตรง กระชับ อ่านเข้าใจง่าย และสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ในการหาค่า Content Validity Index for item (CVI) ครั้งนี้สามารถคำนวณได้จาก

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของ ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการเสพติดบุหรี (มีแบบประเมิน 2 ชุด) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี แบบประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี แบบสอบถามความเข้มขันของการช่วยเลิกบุหรี เท่ากับ .92, .98, .95, .97, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในการปรับข้อคำถาม และปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถามรวมทั้งปรับข้อคำตอบ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขสำนวนภาษาของข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ดังนี้

แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ผู้วิจัยได้ปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 2 “ท่านรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่” เป็น “ท่านรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงพยาบาล รถโดยสาร เป็นต้น”

ข้อ 3 “บุหรีมวนใดที่ต้งยากที่สุด” เป็น “บุหรีมวนใดที่ท่านไม่ยากเลิกมากที่สุด”

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี ผู้วิจัยได้ปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ 3 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” เป็น “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะรู้สึกผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ หรือทำบางอย่างไม่สำเร็จ”

ข้อ 3 “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะอยู่กับบุตร บุคคลในครอบครัว หรืออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี” เป็น “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะอยู่ในกลุ่มของพระสงฆ์ที่สูบบุหรี”

ข้อ 15 “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดอย่างมาก” ข้อคำถามนี้จะแยกเป็น 2 ข้อคำถาม คือ “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะรู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก” กับ “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะเกิดความเครียดอย่างมาก”

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 3 “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการความหม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ” เป็น “ท่านไม่สามารถจัดการความเศร้าออกไปได้แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม”

ข้อ 4 “ท่านคิดว่าตนเองมีความดีที่ติดเทียมกับคนอื่น” เป็น “ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี แม้จะอยู่ในกลุ่มของพระสงฆ์ที่สูบบุหรี”

แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี มีการปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ 1 ข้อ ดังนี้

ข้อ 7 “ท่านเคยใช้โปรแกรมทางอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรีในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่” เป็น “ท่านเคยใช้โปรแกรมทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรีที่บุคลากรด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือทันตแพทย์) แนะนำให้ใช้ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่”

2. การตรวจหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับพระสงฆ์ที่สูบบุหรีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับพระสงฆ์ที่สูบบุหรี ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 รูป ไม่รวมกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 ในการวิจัยครั้งนี้ได้อ้างอิงเกณฑ์กำหนดของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ DeVellis (2016) ดังนี้

ต่ำกว่า .60 ยอมรับไม่ได้ (Unacceptable)

ระหว่าง .60-.65 ไม่ปรารถนา (Undesirable)

ระหว่าง .65-.70 พอยอมรับได้ (minimally acceptable)

ระหว่าง .70- .80 เป็นที่ยอมรับ (respectable)

ระหว่าง > .80 ดีมาก (Very good)

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมิน

| แบบประเมิน | Try out (N=30) |
|--|-------------------|
| แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence | .68 |
| แบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale | .88 |
| แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ | .93 |
| แบบประเมินกิจกรรมทางกาย | .78 |
| แบบประเมินภาวะซึมเศร้า | .89 |
| แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ | .66 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสงฆ์และได้รับอนุมัติเมื่อ วันที่รับรอง 29 เมษายน พ.ศ. 2562 (IRB NO 6/2562)

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือ ในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อกำหนดวันเวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยติดต่อกับพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในปัจจุบันที่ได้รับคำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ หรือพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถาม แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้ หรือมองไม่ชัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เวลาในการเก็บข้อมูลในพระสงฆ์แต่ละรูป จะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ครั้งที่ 2 หลังจาก 3 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ โดยสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่หลังจากได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ โดยมีข้อคำถาม ได้แก่ 1) ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ หลังได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาล 3 เดือน ข้อคำถามนี้แสดงถึงการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง 2) ท่านได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ และ 3) หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่ ส่วนการโทรศัพท์สัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้จะใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 3-5 นาทีต่อรูป ในบางกรณีกลุ่มตัวอย่างจะขอความช่วยเหลือ หรือวิธีการช่วยเลิกสูบบุหรี่อีกครั้ง ผู้วิจัยได้ถวายคำแนะนำ และวิธีการช่วยเลิกสูบบุหรี่กับพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อรูป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร Tobacco Cessation Provider (TCP) แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ปริมาณบุหรี่ยี่สูบในแต่ละวัน ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ นำมาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หาค่าสัมประสิทธิ์ Point Biserial Correlation และใช้สถิติทดสอบ Chi-Square หาความสัมพันธ์ของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อในครั้งนี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 2 การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม (ร้อยละ 67.60) มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีอายุพรรษาอยู่ระหว่าง 1-10 พรรษา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.52) มีระดับการศึกษาทางโลกในระดับมัธยมศึกษา ส่วนการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 43.38 เป็นนักธรรมชั้นเอก และร้อยละ 13.24 ศึกษาแผนกบาลี กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสาม (ร้อยละ 38.50) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และโรคประจำตัว (n=136)

| ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| อายุ | | |
| 20 – 29 ปี | 3 | 2.20 |
| 30 – 39 ปี | 17 | 12.50 |
| 40 – 49 ปี | 24 | 17.70 |
| 50 – 59 ปี | 92 | 67.60 |
| $\bar{x} = 51.29$ ปี SD = 8.88 | | |
| อายุพรรษา | | |
| 1 – 10 พรรษา | 68 | 50.00 |
| 11 – 20 พรรษา | 31 | 22.80 |
| 21 – 30 พรรษา | 21 | 15.50 |
| 31 – 40 พรรษา | 13 | 9.50 |
| 41 – 50 พรรษา | 3 | 2.20 |
| $\bar{x} = 14.38$ ปี SD = 11.30 | | |
| ระดับการศึกษาทางโลก | | |
| ประถมศึกษา | 47 | 34.56 |
| มัธยมศึกษา | 66 | 48.52 |
| ปริญญาตรี | 16 | 11.77 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 7 | 5.15 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระดับการศึกษาทางธรรม | | |
| แผนกธรรม | | |
| ไม่ได้เรียน | 26 | 19.12 |
| นักธรรมชั้นตรี | 35 | 25.74 |
| นักธรรมชั้นโท | 16 | 11.76 |
| นักธรรมชั้นเอก | 59 | 43.38 |
| แผนกบาลี | | |
| ไม่ได้เรียน | 118 | 86.76 |
| บาลี 1-3 ประโยค | 6 | 4.41 |
| บาลี 4-6 ประโยค | 9 | 6.62 |
| บาลี 7-9 ประโยค | 3 | 2.21 |
| โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค) | | |
| โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 14 | 6.70 |
| โรคเบาหวาน | 61 | 29.30 |
| โรคหลอดเลือดหัวใจ | 10 | 4.80 |
| โรคหลอดเลือดสมอง | 6 | 2.90 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 80 | 38.50 |
| โรคมะเร็ง | 5 | 2.40 |
| อื่นๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์ โรคกระดูก | 32 | 15.40 |

ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 39.0) มีการเสพติดบุหรี่ในระดับปานกลาง เกือบสองในสาม (ร้อยละ 61.0) สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วง ≤ 10 มวนต่อวัน และ 11-20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 59.50 และ 27.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.80) มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ร้อยละ 30.15 มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ในระดับมาก (คะแนนความตั้งใจ เท่ากับ 9- 10 คะแนน) โดยแบบประเมินระดับความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ มีคะแนนความตั้งใจ 0 ถึง 10 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ และระดับความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ (n=136)

| ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| จำนวนปีที่สูบบุหรี่ | | |
| < 5 ปี | 11 | 8.10 |
| 5 - 10 ปี | 18 | 13.20 |
| 11 - 15 ปี | 11 | 8.10 |
| 16 - 20 ปี | 13 | 9.60 |
| > 20 ปี | 83 | 61.00 |
| $\bar{x} = 26.36$ SD = 13.28 | | |
| จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน | | |
| ≤ 10 มวน | 81 | 59.50 |
| 11-20 มวน | 38 | 27.90 |
| 21- 30 มวน | 7 | 5.20 |
| > 30 มวน | 10 | 7.40 |
| $\bar{x} = 14.74$ SD = 12.31 | | |
| จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ | | |
| ไม่เคย | 27 | 19.90 |
| เคย 1 -2 ครั้ง | 65 | 47.80 |
| เคย > 2 ครั้ง | 44 | 35.30 |
| $\bar{x} = 1.80$ SD = 1.38 | | |
| ระดับความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า | | |
| ไม่ตั้งใจเลย | 19 | 13.97 |
| ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ระดับ 1-2 | 7 | 5.15 |
| ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ระดับ 3-4 | 10 | 7.35 |
| ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ระดับ 5-6 | 31 | 22.79 |
| ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ระดับ 7-8 | 28 | 20.59 |
| ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ระดับ 9-10 | 41 | 30.15 |
| $\bar{x} = 6.05$ SD = 3.40 | | |

ตอนที่ 2 การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

เมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.30) ไม่ได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.80) ระบุว่าใน 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน ส่วนอีก 86 รูป (ร้อยละ 63.20) ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ นอกจากนี้เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เลิกสูบบุหรี่ได้ตลอดหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา (Continuous abstinence rates at 3 months) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อความคำถามการเลิกสูบบุหรี่ (n=136)

| การเลิกบุหรี่ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา เลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน | | |
| เลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน | 50 | 36.80 |
| เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ | 86 | 63.20 |
| ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน | | |
| ไม่ได้สูบลเลย แม้แต่มวนเดียว | 42 | 30.00 |
| สูบบ้าง เพียง 1-2 ครั้ง (ไม่หมดมวน) | 2 | 1.50 |
| สูบบ้าง เพียง 1-5 มวน | 6 | 4.40 |
| สูบ > 5 มวนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา | 86 | 63.10 |

ในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีแรงจูงใจที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 66.0) และสามในสี่ (ร้อยละ 75.50) ใช้วิธีการหักดิบในการเลิกสูบบุหรี่

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ พบว่าเกือบร้อยละ 70 ยังสูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน อย่างไรก็ตาม พบว่าภายหลังการได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวนมวนบุหรี่โดยเฉลี่ยที่สูบลดลง จาก 14.74 มวนต่อวัน เป็น 11.27 มวนต่อวัน และประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.80) ระบุว่าอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ คือ ความเคยชิน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

| ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังเลิกไม่ได้ (n = 86) | | |
| 1-10 | 60 | 69.60 |
| 11-20 | 24 | 28.00 |
| >20 | 2 | 2.40 |
| กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ (n=136) | | |
| กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ | 20 | 14.70 |
| ไม่ได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ | 116 | 85.30 |
| แรงจูงใจที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ (5 อันดับแรก) (n=50) | | |
| เพื่อสุขภาพ | 33 | 66.00 |
| เพื่อญาติโยม | 6 | 12.00 |
| เหม็นควันบุหรี่ | 4 | 8.00 |
| บุคลากรด้านสุขภาพบอกให้เลิก | 2 | 4.00 |
| ละอายญาติโยมลูกศิษย์ | 2 | 4.00 |
| อื่นๆ เช่น เห็นพระในเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีปัจจัยซื้อบุหรี่ | 3 | 6.00 |
| วิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ (n=50) | | |
| หักดิบ | 37 | 75.50 |
| ใช้ยาลดอาการอยากบุหรี่ | 2 | 4.10 |
| เคี้ยวหมากฝรั่งนิโคติน | 1 | 2.00 |
| อื่นๆ เช่น นั่งสมาธิ ไม่ใกล้คนสูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่ง | 9 | 18.40 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|--------|--------|
| อุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ (5 อันดับแรก) (n=86) | | |
| ความเคยชิน | 29 | 33.80 |
| เครียด | 15 | 17.40 |
| ไม่อยากเลิกสูบบุหรี่ | 13 | 15.10 |
| เอาชนะใจตนเองไม่ได้ | 10 | 11.60 |
| เห็นคนรอบตัวสูบบุหรี่ | 8 | 9.30 |
| อื่นๆ เช่น หงุดหงิด ยังไม่เห็นพิษภัยของโรค กลัวอาการถอนนิโคติน เวลาว่างเยอะ | 11 | 12.80 |
| จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน | | |
| ก่อนได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ | เฉลี่ย | 14.74 |
| หลังได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ | เฉลี่ย | 11.27 |

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ในการวิจัยนี้ ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ การศึกษาทางโลก และการศึกษาทางธรรม การเสพติดบุหรี่ประเมินโดยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) และแบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale (AUTOS) พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีการเสพติดบุหรี่ โดยใช้แบบประเมิน FTND อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 (SD=2.22) ส่วนการเสพติดบุหรี่ ซึ่งใช้แบบประเมิน AUTOS อยู่ในระดับต่ำ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.25 (SD=7.72) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.35 (SD=18.16) ส่วนกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่าง มีค่าการเผาผลาญพลังงานเฉลี่ย 1,139.38 MET - minutes/week พบว่ากิจกรรมทางกายอยู่ระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.32 (SD=8.94) ส่วนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.05 (SD=3.45) และความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 (SD=1.48) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเสพติด บุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n=136)

| ตัวแปร | Min | max | mean | SD | ระดับ |
|--|-----|-------|----------|--------|---------|
| การเสพติดบุหรี่ (FTND) | 1 | 10 | 4.74 | 2.22 | ปานกลาง |
| การเสพติดบุหรี่ (AUTOS) | 0 | 36 | 12.25 | 7.72 | น้อย |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ | 16 | 80 | 50.35 | 18.16 | สูง |
| กิจกรรมทางกาย | 309 | 2,091 | 1,139.38 | 588.24 | ปานกลาง |
| ภาวะซึมเศร้า | 0 | 47 | 13.32 | 8.94 | ไม่มี |
| ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ | 0 | 10 | 6.05 | 3.45 | มาก |
| ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ | 1 | 7 | 2.13 | 1.48 | ต่ำ |

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแปรระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรมมีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา ส่วนตัวแปรการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Point Biserial Correlation (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา, 2559)

ตารางที่ 7 นำเสนอการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่า

กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนการเสพติด บุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ส่วนตารางที่ 8 นำเสนอการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างต่อเนื่องเมื่อประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่า

กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนการเสพติด บุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 7 ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของการเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน

| ตัวแปร | X1 | X2 | X3 | X4 | X5 | X6 | X7 | X8 | X9 | X10 |
|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|------|------|------|-----|
| X1 | 1 | | | | | | | | | |
| X2 | .361** | 1 | | | | | | | | |
| X3 | -.245** | -.364** | 1 | | | | | | | |
| X4 | -.088 | -.090 | .117 | 1 | | | | | | |
| X5 | .085 | .225** | -.138 | -.022 | 1 | | | | | |
| X6 | -.106 | -.067 | .464** | .191* | -.185* | 1 | | | | |
| X7 | .001 | .079 | .032 | -.014 | .013 | -.097 | 1 | | | |
| X8 | -.034 | -.015 | -.018 | -.137 | .100 | 0.27 | .124 | 1 | | |
| X9 | -.058 | -.008 | -.027 | -.128 | -.007 | .171* | .048 | .059 | 1 | |
| X10 | -.214* | -.092 | .432** | .320** | -.065 | .458** | .079 | .050 | .079 | 1 |

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

X1 = การเสพติดบุหรี่ (FTND)

X2 = การเสพติดบุหรี่ (AUTOS)

X3 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

X4 = กิจกรรมทางกาย

X5 = ภาวะซึมเศร้า

X6 = ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

X7 = ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่

X8 = ระดับการศึกษาทางโลก

X9 = ระดับการศึกษาทางธรรม

X10 = การเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 8 ตารางเมตริกสหสัมพันธ์แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน

| ตัวแปร | X1 | X2 | X3 | X4 | X5 | X6 | X7 | X8 | X9 | X10 |
|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|------|------|-------|-----|
| X1 | 1 | | | | | | | | | |
| X2 | .361** | 1 | | | | | | | | |
| X3 | -.245** | -.364** | 1 | | | | | | | |
| X4 | -.088 | -.146 | .117 | 1 | | | | | | |
| X5 | .085 | .225** | -.138 | -.022 | 1 | | | | | |
| X6 | -.106 | -.067 | .464** | .191* | -.185* | 1 | | | | |
| X7 | .001 | .079 | .032 | -.014 | .013 | -.097 | 1 | | | |
| X8 | -.034 | -.015 | -.018 | -.137 | .100 | 0.27 | .124 | 1 | | |
| X9 | -.058 | -.008 | -.027 | -.128 | -.007 | .171* | .048 | .059 | 1 | |
| X10 | -.179* | -.068 | .417** | .249** | -.091 | .450** | .040 | .077 | -.073 | 1 |

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

X1 = การเสพติดบุหรี่ (FTND)

X2 = การเสพติดบุหรี่ (AUTOS)

X3 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

X4 = กิจกรรมทางกาย

X5 = ภาวะซึมเศร้า

X6 = ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

X7 = ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่

X8 = ระดับการศึกษาทางโลก

X9 = ระดับการศึกษาทางธรรม

X10 = การเลิกสูบบุหรี่

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ สามารถจำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square พบว่าจำนวนปีที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n=136)

| ปัจจัย | การเลิกสูบบุหรี่ | | | | df | X ² |
|---|------------------------------|--------|----------------|--------|----|----------------|
| | สำเร็จ | | ไม่สำเร็จ | | | |
| | จำนวน (รูป) | ร้อยละ | จำนวน (รูป) | ร้อยละ | | |
| จำนวนปีที่สูบบุหรี่ | | | | | 3 | 9.19* |
| 1-10 | 17 | 34.00 | 12 | 13.95 | | |
| 11-20 | 10 | 20.00 | 14 | 16.28 | | |
| 21-30 | 8 | 16.00 | 19 | 22.09 | | |
| > 30 | 15 | 30.00 | 41 | 47.68 | | |
| | $\bar{x} = 26.36$ SD = 13.28 | | | | | |
| จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน | | | | | 2 | 3.65 |
| 1-5 | 14 | 28 | 13 | 15.12 | | |
| 6-10 | 20 | 40 | 36 | 41.87 | | |
| > 11 | 16 | 32 | 37 | 43.01 | | |
| | $\bar{x} = 14.18$ SD = 12.31 | | | | | |
| จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ | | | | | 2 | 6.47* |
| 0 | 5 | 10 | 22 | 25.58 | | |
| 1-2 | 30 | 60 | 35 | 40.70 | | |
| >2 | 15 | 30 | 29 | 33.72 | | |
| | $\bar{x} = 1.80$ SD = 1.38 | | | | | |
| การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ | | | | | 1 | 23.47* |
| กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ | 17 | 34.00 | 3 | 3.49 | | |
| ไม่กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ | 33 | 66.00 | 83 | 96.51 | | |
| ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ | | | | | 1 | 27.31* |
| ต่ำ (0-6) | 10 | 20.00 | 57 | 66.28 | | |
| สูง (7-10) | 40 | 80.00 | 29 | 33.72 | | |
| | $\bar{x} = 6.05$ SD = 3.45 | | | | | |

*p < .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ อายุ 20-59 ปี จำนวนทั้งหมด 136 รูป ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน ในปัจจุบัน
2. อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง
3. ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสงฆ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ และแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .68, .88, .93, .78, .89 และ .66 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อายุพรรษา โรคประจำตัวจำนวนปีที่สูบ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ นำมาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเสพติดบุหรี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ย ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หาค่าสัมประสิทธิ์ Point Biserial Correlation และใช้สถิติทดสอบ Chi-Square หาความสัมพันธ์ของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม (ร้อยละ 67.60) มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีอายุพรรษาอยู่ระหว่าง 1-10 พรรษา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.52) มีระดับการศึกษาทางโลกในระดับมัธยมศึกษา ส่วนการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 43.38 เป็นนักธรรมชั้นเอก และร้อยละ 13.24 ศึกษาแผนกบาลี กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสาม (ร้อยละ 38.50) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.30

ในส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.0) สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี จำนวนมวนบุหรี่ยที่สูบต่อวัน ≤ 10 มวนต่อวัน และ 11-20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 59.50 และ 27.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.80) มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ร้อยละ 30.15 มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ยในอีก 1 เดือนข้างหน้า ในระดับมาก (คะแนนความตั้งใจ เท่ากับ 9- 10 คะแนน)

2. การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่าเมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังจากได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ จำนวน 50 รูป (ร้อยละ 36.80) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน ในทำนองเดียวกันเมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่แบบต่อเนื่อง (3-month continuous abstinence) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ 42 รูป (ร้อยละ 30.0) และกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่เลิกบุหรี่ยได้ ระบุว่าแรงจูงใจที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 66.0) และกลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 75.50) ใช้วิธีการหักดิบในการเลิกสูบบุหรี่

ในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่ยังเลิกบุหรี่ยไม่ได้ พบว่าเกือบร้อยละ 70 ยังสูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน แต่พบว่ามียังจำนวนมวนบุหรี่ยลดลงหลังจากการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือสูบบุหรี่ จากเฉลี่ย 14.74 มวน เหลือ 11.27 มวน ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.80) ระบุว่าอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ คือ ความเคยชิน

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .458$, $r = .432$, $r = .320$) ตามลำดับ ส่วนการเสพติดบุหรี่ (FTND) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.214$)

อย่างไรก็ตาม พบว่าการเสพติดบุหรี่ (ประเมินโดยแบบสอบถาม AUTOS) ภาวะซึมเศร้า ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีความสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

พบว่าเมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน และได้รับการถวายความรู้เกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่โดยบุคลากรด้านสุขภาพแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ จำนวน 50 รูป (ร้อยละ 36.80) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน ส่วนอีก 86 รูป (ร้อยละ 63.20) ยังคงสูบบุหรี่อยู่ สามารถอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี และจากการประเมินการเสพติดบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเสพติดบุหรี่ในระดับสูง เมื่อภายหลังกลับจากการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลสงฆ์ไปอยู่วัดแล้ว จะมีการเสพติดบุหรี่เหมือนเดิม ประกอบกับมีการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมที่ทำให้พระสงฆ์กลุ่มนี้กลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง ร่วมกับมีพระสงฆ์ ญาติโยม ในวัดสูบบุหรี่ ทำให้มีการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันได้ต่อเนื่อง จึงมีเพียงร้อยละ 36.80 อย่างไรก็ตาม อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในงานวิจัยนี้ ต่ำกว่างานวิจัยในอดีตที่ศึกษา อาทิ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังของฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ซึ่งพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกัน 7 วัน เท่ากับร้อยละ 47.30 อย่างไรก็ตามการศึกษานั้นเป็นการประเมินการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นที่ 2 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาในสวีตเซอร์แลนด์ของ Stolz et al. (2014) มีการประเมินติดตามอัตราการเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันในระยะ 12 เดือน และ 24 เดือน เท่ากับร้อยละ 38.8 และร้อยละ 37 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่มีระยะเวลาเวลานานขึ้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ลดลง เกิดจากการเผลอลกลับไปสูบบุหรี่ (Lapse) หรือกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (Relapse) อาจมีสาเหตุจากปัจจัยภายใน เช่น ความเครียด ไม่มีสมาธิ หรือปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ หรือเข้าสังคม เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบการช่วยเลิกสูบบุหรี่ที่ดี

ตาม หากผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือกลับไม่เห็นความสำคัญกับการเลิกสูบบุหรี่ ขาดการตระหนักถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้าง หรือจิตใจไม่เข้มแข็งพอ ก็จะทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเหลือบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับ การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ สรุปได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมของคนที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ มีผลในการตัดสินใจเพื่อจะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.0) มีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ เพื่อสุขภาพของตนเอง ประกอบกับระหว่างได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกายและอาการของโรคที่เป็นอยู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากออกจากโรงพยาบาลของKhamrath, Yunibhand & Preechawong (2017) พบว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้น จะมีโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงขึ้นเช่นกัน ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Lindberg et al. (2015) ภายหลังจากประเมินการเลิกสูบบุหรี่ในระยะ 3 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการเสพติดบุหรี่ในระดับต่ำจะมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำจะมีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกครั้ง

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อลายและพลังงานในร่างกาย เช่น การเดิน การยกสิ่งของ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายในระดับหนึ่งจะช่วยลดความอยากบุหรี่ ลดระดับอาการถอนนิโคติน ช่วยขับสารนิโคติน และช่วยเบี่ยงเบนความคิดที่จะสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่มีการออกกำลังกายระดับหนึ่งจะ

ช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่มีกิจกรรมทางกายระดับหนักสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายน้อย พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ มีกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่ คือ การทำกิจของสงฆ์อย่างเคร่งครัด เช่น การสวดมนต์ทำวัตรเช้า-เย็น นั่งสมาธิ เดินจงกรม เป็นต้น จากการศึกษาของ Stolz et al. (2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายระดับหนักสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า และการศึกษาของHaug, Schaub & Schmid (2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายระดับหนักจะสามารถลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ได้ ในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่ศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (1,139.38 MET-min/week) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยแนวโน้มไปทางระดับหนัก รวมทั้งกิจกรรมทางกายในพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จึงทำให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับกิจกรรมทางกายระดับหนักสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้มีการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ บ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงให้เห็นความตั้งใจและผลักดันให้เลิกสูบบุหรี่ อธิบายได้ว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่น้อย ในการศึกษาพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เกิดจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่จากพยาบาล หรือแพทย์ ร่วมกับการช่วยเลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ด้วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในตำราของเขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) พบว่าความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อการเลิกสูบบุหรี่ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง จะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า และจากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ของAbdullah, Driezen, Quah, Nargis & Fong (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความตั้งใจจะเลิกหรือความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่น้อย

ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ร่วมกับมีอาการมึนเปื้อนเซ็ง ท้อแท้ หงุดหงิด เหนงเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับควันบุหรี่เข้าไปในร่างกายจะทำให้รู้สึกอ่อนคลาย ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หรือเลิกสูบบุหรี่ได้น้อย อธิบายได้ว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ในศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพระสงฆ์มีการศึกษา

ธรรมะและปฏิบัติธรรม รวมทั้งมีญาติโยมนิมนต์ไปในงานต่างๆ ได้พบเจอผู้คนและมีกิจนิมนต์เกือบทุกวัน ทำให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของCaponnetto & Polosa (2008) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในการเลิกสูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรชาวอิตาลี และจากการศึกษาของGlassman, Covey, Stetner & Rivelli (2001) พบว่าเมื่อมีการประเมินติดตามระยะเวลา 3 เดือน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ

ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กล่าวคือ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่เป็นระดับของการได้รับบริการให้เลิกสูบบุหรี่โดยบุคลากรด้านสุขภาพ ถ้าผู้สูบบุหรี่ได้รับบริการช่วยเลิกบุหรี่มากจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ อธิบายได้ว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่มากจะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรือน้อยกว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำช่วยเหลือบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ทุกรูป ดังนั้นจึงทำให้มีคะแนนความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรือน้อย 1 คะแนน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่อย่างเข้มข้น จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้กลุ่มพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จน้อย เพียงร้อยละ 36.80 จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของ Barth, Critchley & Bengel (2015) พบว่าการให้บริการเลิกสูบบุหรี่จะอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรือเป็นโปรแกรมที่เน้นเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ มีทั้งการปรับพฤติกรรม โทรศัพทติดตาม การใช้สื่อหรือเอกสารช่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และการใช้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยมีพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ระดับการศึกษาทางโลกไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กล่าวคือการศึกษาทางโลกเป็นระดับการศึกษาที่ช่วยขัดเกลาด้านจิตใจ สังคมและช่วยเพิ่มความรู้อให้แก่ผู้เรียน อธิบายได้ว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางโลกสูงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าพระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาทางโลกต่ำกว่า จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.52) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จน้อย จากการศึกษาในเกาหลีใต้ของ Kim (2014) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในอังกฤษของStewart et al. (2013) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กล่าวคือการศึกษาทางธรรมเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพระพุทธศาสนา และภาษาบาลีที่เกี่ยวข้องกับบทสวดมนต์และคำสอนของพระพุทธเจ้า ช่วยขัดเกลาด้านจิตใจ จิตวิญญาณให้เป็นผู้มีศีลธรรมอันดี

งาม เป็นตัวอย่างที่ดีของพุทธศาสนิกชน อธิบายได้ว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับศึกษาทางธรรมสูง อาทิ นักธรรมชั้นเอก หรือเรียนแผนกบาลี จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางธรรมน้อยกว่า จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาแผนกบาลีเพียงร้อยละ 13.24 ส่งผลให้ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ จากการศึกษาในอินเดียของ Gaikwad et al. (2017) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

การเสพติดบุหรี่ เมื่อประเมินโดยแบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) พบว่าการเสพติดบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การเสพติดบุหรี่เป็นการได้รับสารนิโคตินที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ หากผู้สูบบุหรี่มีสารนิโคตินในร่างกายต่ำ จะทำให้เกิดความต้องการนิโคตินเข้าสู่ร่างกายโดยการสูบบุหรี่ อธิบายได้ว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีการเสพติดบุหรี่ในระดับสูงมีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าผู้ที่เสพติดบุหรี่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 92.0) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ Stewart et al. (2013) พบว่าระดับการเสพติดบุหรี่ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาในอังกฤษของ Caponnetto & Polosa (2008) พบว่าการเสพติดบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบในการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาเมื่อประเมินการเสพติดบุหรี่โดยแบบประเมิน The Autonomy Over Tobacco Scale (AUTOS) พบว่าการเสพติดบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ในศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีคะแนนการเสพติดบุหรี่ จากการประเมินโดย AUTOS ระดับต่ำ และการเสพติดบุหรี่เมื่อประเมินโดย FTND มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสพติดบุหรี่เมื่อประเมินโดย AUTOS (จากตารางที่ 7; $r = .361$) และนั่นสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (DiFranza, Savageau & Wellman, 2012) อนึ่ง นับเป็นครั้งแรกที่มีการใช้แบบประเมิน AUTOS ในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ จึงอาจยังสรุปไม่ได้ว่าการเสพติดบุหรี่โดยใช้เครื่องมือวิจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดระบบบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มเฉพาะพระสงฆ์สามเณร โดยขยายขอบเขตของการให้บริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ทำให้พระสงฆ์สามเณรเข้าถึงระบบบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น และบูรณาการนำปัจจัยความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการเสพติดบุหรี่ ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม/กิจกรรมการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์เพิ่มเติม และติดตามการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อนำมาพัฒนาในการวางแผนพยาบาลต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือโรคซึมเศร้า*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กรมอนามัย. (2561). *กิจกรรมทางกาย*. กรุงเทพฯ: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ.
- กฤษณะพันธ์ ธนกรณ์ไพศาล. (2554). การพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์สามเณร ให้ยั่งยืนแบบองค์รวม. *วารสารกรมการแพทย์*, 36(2), 101-109.
- เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 157-169.
- คลินิกเลิกบุหรี่. (2560). *การช่วยเลิกบุหรี่พระสงฆ์*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ. (2556). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2559). *สถิติค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลสงฆ์*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานสถิติโรงพยาบาลสงฆ์.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์และคณะ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 5(4), 333-343.
- จำลอง เงินดี. (2552). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษณะ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 1(1), 2-13.
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2553). *พิษภัยของการบริโภคยาสูบ*. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, บรรณาธิการ. *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่ เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรีนติ้ง.
- ชนิดา รำขวัญ, กุสุมา คุววัฒนสัมพันธ์ และอรสา พันธุ์ภักดี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 2-16.
- ณันธิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2547). การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. *วารสาร*

- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49(4), 277-289.
- ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.
- ธวัชรรัตน์ ศรีวิลาศ และนันทิกา ทวีชาชาติ (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2551). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. ในกรองจิต วาทีสาธกกิจ, การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ, 29-43. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: เอสอาร์พรีนติ้งแมส.
- นนทรี สัจจาธรรม. (2555). ทศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- นันท์ธิดาภรณ์ มะละศิลป์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการนัดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *Journal of the police nurses*, 6(1), 30-43.
- นุสรณ์ คุณชนะวนิชพงษ์ และคณะ. (2556). สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพระภิกษุ สามเณร แม่ชี และศิษย์วัดและผลของการจัดโปรแกรมพัฒนาวัดปลอดบุหรี่ จังหวัดนครราชสีมา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.
- ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ์. (2556). รายงานข้อมูลพระภิกษุสงฆ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ประจำปี งบประมาณ 2556. เอกสารอัดสำเนา.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูิช และยุวดี ภาษา. (2559). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for windows. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฑทอง.
- ประเวศ วะสี. (2540). *สารพิษในบุหรี่*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2560). *คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์*. คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรัชพร กลีบประทุมและคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้วอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*

มหาวิทยาลัยศิลปากร, 3(4), 30-43.

พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์ และคณะ. (2549). Validity and Reliability of the Thai Version of Short Format International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ, 16(3)*, 147-160.

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ และสร้อยญา วณิชชวีธิ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ใน จังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 22(2)*, 117-129.

พระธรรมกิตติวงศ์. (2548). *พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุด คำวัด*. กรุงเทพฯ: วัดราชโอรสาราม.

พระราชวรมนี และคณะ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

พระวิสิทธิ์ ฐิตวิสิทโธ. (2559). *10 กลวิธีลดบุหรีในพระสงฆ์*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเครือข่ายศาสนาเพื่อสังคม.

พัชรชาติ ทองเนื่อง, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2550. เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ. *วารสารควบคุมยาสูบ, 1(2)*, 2-13.

พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *ผลดีต่อสุขภาพหลังจากเลิกบุหรี* ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา,บรรณาธิการ. *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี*. พิมพ์ครั้งที่1. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินติ้ง.

ไพรัตน์ แสงดิษฐ์. (2549). การสำรวจโรคปอดและการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารกรมการแพทย์, 31(3)*, 246-251.

มณฑา เก่งการพานิช. (2549). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ.

มัลลิกา มาตระกุล, สุรินทร์ กลัมพากร และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2555). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาล, 61(1)*, 10-20.

รัชดาวรรณ ลิมาชาน, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และสาลี สุภาภรณ์. (2549). กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวิชิรพยาบาล. *วารสารการพยาบาล, 8(1)*, 1-13

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2561). *พจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ กิจกรรมทางกาย*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

- รุ่งนภา สังข์แก้ว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรค เรื้อรังชาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2559). *โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สามเณรทั่วไทย*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2560). *โครงการตรวจสอบสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- วิชชุดา มากมาย, สุนิตา ปรีชาวงษ์ และสุรศักดิ์ ตรีนัย (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด. *พยาบาลสาร*, 46(2), 59-69.
- ศิรินาถ ดงศิริ. (2556). บุหรี่กับโรคหลอดเลือดสมอง: ยิ่งสูบยิ่งสูบ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(3), 296-312.
- ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. (2558). *ความเข้าใจภาวะขาดนิโคติน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ.
- สมัชชาสุขภาพ. (2555). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5: พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมหญิง พุ่มทอง. (2551). ยาและการเข้าถึงยาเพื่อการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 3(2), 303-308.
- สมหวัง อีระวนิชตระกูล. (2554). การประเมินคุณภาพทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สอนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานภายใต้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 15(2), 13-28.
- สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตรการแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *นโยบาย 1 วัด 1 โรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560 - 2564)*. นนทบุรี: อีโมชั่น อาร์ต.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). *สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559*. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *สถานการณ์เร่งด่วนสุขภาพพระสงฆ์*.

- กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *โครงการพัฒนาเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ลดบายนุชสร้างสุขให้ชุมชน*. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานพระพุทธศาสนา. (2559). *โครงการตรวจสุขภาพพระภิกษุ สามเณร จังหวัด สุรินทร์*. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). *สุขภาพของประชากร*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2552). *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการ ควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: สหประชาพาดินชัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ เรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การเลิกบุหรี่*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. *Journal of Nursing Science and Health*, 36(2), 132-139.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). *รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ*. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.).
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอรตรี นุชสงสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรม เรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *Journal of Public Health*, 45(3), 324-333.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ. (2560). การให้บริการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(1), 1-10.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสาร ควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. (2558). *การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ รักขันโท และคณะ. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ ตอนบน. *สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 1(2), 10-20.
- สุวิมล โรจนาวี และคณะ. (2559). ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการ เลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 37-47.
- อรณา จันทศิริ. (2559). *สวนสาธารณะกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วี.พริ้น.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2555). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ : คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิก
บุหรี่สู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ: อีพทริยู.
- อัจฉรา ภักดีพินิจ และลินดา จำปาแก้ว. (2555). *หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โอภาส การย์กวินพงศ์. (2560). *ลดบุหรี่ลดโรค NCDs*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Abdullah, A. S., Driezen, P., Quah, A. C. K., Nargis, N., & Fong, G. T. (2015). Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: findings from *ITC Bangladesh survey*. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 1-10.
- ADRA. (2005). Smoking and Buddhism: Buddhist Monk and Community survey questionnaire of five provinces in Cambodia. *SFCC Cambodia*.
- Ainsworth B. E., Haskell W.L., Whitt M.C., et al. (2000). Compendium of Physical Activities: An Update of Activity Codes and MET Intensities: Measurement of Moderate Physical Activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 123-131.
- Anderson, J. E., Jorenby, D. E., Scott, W. J., & Fiore, M. C. (2002). Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 121(3), 932-941.
- Arquizan C, Touze E, Moulin T, Woimant F, Ducrocq X, Mas JL. (2005). Blood Pressure, smoking and oral contraceptive control after cryptogenic stroke in young adults in the PFO-ASA Study. *Cerebrovasc Dis*, 20(1), 41-45.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barth, J., Critchley, J. A., & Bengel, J. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., Casswell, S. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*,

377(9775), 1438-1447.

- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *The American journal of medicine*, 121(4), 3-10.
- Bhang, S. Y., Choi, S. W., Ahn, J. H., Kim, K., Kim, H., & Park, H. K. (2013). Predictors of success at six-month follow-up at a public smoking cessation clinic in South Korea. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(3), 197-204.
- Boutou, A. K., Tsiata, E. A., Pataka, A., Kontou, P. K., Pitsiou, G. G., & Argyropoulou, P. (2008). Smoking cessation in clinical practice: predictors of six-month continuous abstinence in a sample of Greek smokers. *Primary Care Respiratory Journal*, 17(1), 32.
- Burn, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research (5th ed.)*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102, 1182-1192.
- Chiang, C. Y., Enarson, D., & Slama, K. (2008). *Tobacco cessation interventions for tuberculosis patients: a guide for low-income countries*. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psycho Review*, 84(2), 191-215.
- Condiotte, M. M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49(5), 648.
- Covey, L. S. (2004). Comments on "History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis". *Nicotine & tobacco research*, 6(4), 743-745.
- Craig C.L., Marshall A.L., Sjorstrom M., et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395.
- de Hoog, N., Bolman, C., Berndt, N., Kers, E., Mudde, A., de Vries, H., & Lechner, L. (2016). Smoking cessation in cardiac patients: the influence of action plans, coping plans and self-efficacy on quitting smoking. *Health education research*, 31(3), 350-362.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications (Vol. 26)*. Sage

publications.

- DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Ursprung, W. W. S. A., & Sabiston, C. (2009). The Autonomy Over Smoking Scale. *Psychology Of Addictive Behaviors: Journal Of The Society Of Psychologists In Addictive Behaviors*, 23(4), 656-665.
- Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T., & Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243-248.
- Etter, J.-F. (2005). A comparison of the content-, construct-and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug and alcohol dependence*, 77(3), 259-268.
- Fauci, A. S. (1998). *Harrison's principles of internal medicine* (Vol. 2): Mcgraw-hill New York.
- Fielding, J. E. (1985). Smoking: health effects and control. *New England journal of medicine*, 313(8), 491-498.
- Galan, K. M., Deligonul, U., Kern, M. J., Chaitman, B. R., & Vandormael, M. G. (1988). Increased frequency of restenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *American Journal of Cardiology*, 61(4), 260-263.
- Gaikwad, R., Bhowate, R., Bajad, P., Gadail, A. R., Gondivkar, S., Sarode, S. C., . . . Patil, S. (2017). Potential Predictor of Tobacco Cessation among Factory Workers: A Baseline Data of Worksite Tobacco Cessation Programs in the Central Part of India. *The Journal Of Contemporary Dental Practice*, 18(11), 1071-1077.
- Glassman, A. H., Covey, L. S., Stetner, F., & Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *The Lancet*, 357(9272), 1929-1932.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Rüge, J., Rumpf, H.-J., & John, U. (2010). Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 78(1), 57-64.
- Haug, S., Schaub, M. P., & Schmid, H. (2014). Smoking Cessation: Predictors of adolescent smoking cessation and smoking reduction. *Patient Education and*

Counseling, 95, 378-383.

- Heale, R., & Griffin, M. T. (2009). Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. *Journal of advanced nursing, 65*(4), 912-918.
- Health, U. D. o., & Services, H. (1990). *The Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation*. A report of Surgeon General. US Department of Health and Human Services.
- Health, U. D. o., & Services, H. (2014). The health consequences of smoking 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Office on Smoking and Health, 17*(1), 345-352.
- Heatherton et al. (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British journal of addiction, 84*(7), 791-800.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction, 86*(9), 1119-1127.
- Holm, M., Schiöler, L., Andersson, E., Forsberg, B., Gislason, T., Janson, C., . . . Torén, K. (2017). Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respiratory Medicine, 132*, 164-169.
- Honjo, K., Iso, H., Inoue, M., Tsugane, S., & for the, J. S. G. (2010). Smoking Cessation: Predictive factors among middle-aged Japanese. *Nicotine & tobacco research, 12*(10), 1050-1054.
- Hughes, J.R. (2003). New treatments for smoking cessation. *CA-A Cancer Journal for Clinicians, 50*(3), 143-151.
- Hughes, J. R., Keely, J. P., Niaura, R. S., Ossip-Klein, D. J., Richmond, R. L., & Swan, G. E. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine & tobacco research, 5*(1), 13-25.
- IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms.*

<http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>.

- Jaturapatporn, D., Hathirat, S., Manataweewat, B., Dellow, A. C., Leelaharattanarak, S., Sirimothya, S., . . . Udomsubpayakul, U. (2006). Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *Journal Of The Medical Association Of Thailand*, 89(9), 1491-1496.
- Jetiyanuwat, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*: Mahidol University.
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, S., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific rim international journal of nursing research*, 18(2), 100-110.
- Kelder, S. H., Perry, C. L., Klepp, K.-I., & Lytle, L. L. (1994). Longitudinal Tracking of Adolescent Smoking, Physical Activity, and Food Choice Behaviors. *American Journal of Public Health*, 84(7), 1121-1126.
- Khamrath, J., Yunibhand, J., & Preechawong, S., (2017). Predicting Factors of Smoking Cessation in Acute Coronary Syndrome Patients after Hospital Discharge. *Advances in Bioresearch*, 8(2), 115-121.
- Khongtor, O., Yunibhand, J., & Preechawong, S., (2014). Predicting Factors of Quit Attempt in Thai Schizophrenic Smokers. *Advances in Bioresearch*, 7(6), 147-155.
- Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Loiha, S., Maneeton, N., Wannasawok, K., Leejongpermpoon, J., & Kenbubpha, K. (2008). The development and validity of 9 questions diagnostic test for depressive disorders in Thai I-san community. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 9, 54-55.
- Kim, Y.-J. (2014). Predictors for Successful Smoking Cessation in Korean Adults. *Asian Nursing Research*, 8, 1-7.
- Kungskulniti N, C. N., Kengganpanich T, et al., (2012). Smoking prevalence among monks in Thailand. *Evaluation & the health professions*, 35(3), 305-315.
- Lee, C.-w., & Kahende, J. (2007). Factors associated with successful smoking cessation in the United States 2000. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1503-1509.
- Leys D, Deplanque D, Mounier-Vehier C, Mackowiak-Cordoliani MA, Lucas C,

- & Bordet R. (2002). Stroke prevention: management of modifiable vascular risk factors. *J Neurol*, 249(5), 507-517.
- Lindberg, A., Niska, B., Stridsman, C., Eklund, B.-M., Eriksson, B., & Hedman, L. (2015). Lownicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of a population-based study. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 27.
- Martins-Green, M., Adhami, N., Frankos, M., Valdez, M., Goodwin, B., Lyubovitsky, J.,... Martinez, B. (2014). Cigarette smoke toxins deposited on surfaces: implications for human health. *PloS one*, 9(1), 1.
- McDuffie, H. H., Klaassen, D. J., & Dosman, J. A. (1990). Determinants of cell type in patients with cancer of the lungs. *Chest*, 98(5), 1187-1193.
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270(18), 2207-2212.
- Mee, S. (2014). Self-efficacy: a mediator of smoking behavior and depression among college students. *Pediatric Nursing*, 40(1), 9.
- Ministry of Public Health. (2016). *Strategy indicators, and guideline for data collection, fiscal year 2016*. Retrieved November 10, 2018. From http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf.
- Nagrebetsky, A., Brettell, R., Roberts, N., & Farmer, A. (2014). Smoking cessation in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis of data from randomised controlled trials. *BMJ open*, 4(3), 1.
- National Drug Research Institute. (2011). *The brief intervention training program: Fagerstom test for nicotine dependence*. Australia: Curtin University.
- Ong, K.C., Cheong, G.N., Prabhakaran, L., & Earnest, A. (2005). Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology*, 10, 63-69.
- Paavola, M., Vartiainen, E., & Haukkala, A. (2004). Smoking, alcohol use and physical activity: a 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 35(3), 238-244.
- Pender Nola, J., Murdaugh Carolyn, L. & Parsons Mary, Ann. (2006). *Health promotion*

in nursing practice. Harlow, United Kingdom.

- Piñeiro, B., López-Durán, A., del Río, E. F., Martínez, Ú., Brandon, T. H., & Becoña, E. (2016). Motivation to quit as a predictor of smoking cessation and abstinence maintenance among treated Spanish smokers. *Addictive Behaviors, 53*, 40-45.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). Is there gender bias in nursing research. *Research in nursing & health, 31*(5), 417-427.
- Prochaska, J. O. (1992). *Stage of change in the modification of problem behaviors*. Progress in behavior modification, 184-218.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A Self- Report Depression Scale for Research in General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Rojnawee, S., Chaipayat, W. & Yunibhand, J. (2017). Predicting Factors of Quit Attempt in Thai Adolescents. *Advances in Bioresearch, 8*(1), 145-153.
- Sawatsri, S & Kaewpan, W. . (2007). Health status and health behavior of monks receiving health examination services on Visakabhucha Day. 2006. *The Journal of Men's Health & Gender, 4*(3), 357–378.
- Shopland, D. R., & Burns, D. M. (1993). *Medical and public health implications of tobacco addiction. Nicotine addiction: Principles and Management*. Orleans CT and Slade J (eds). Oxford University Press, New York, Oxford, 105-128.
- Solymoss, B. C., Nadeau, P., Millette, D., & Campeau, L. (1988). Late thrombosis of saphenous vein coronary bypass grafts related to risk factors. *Circulation, 78*(32), 140-143.
- Suksaard, A., & Karnjanapiboonwong, A. (2016). *NCDs situation: Kick off to the goals. International Health Policy Program: Nonthaburi*.
- Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., & Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of psychosomatic research, 67*(4), 353-358.
- Stolz, D., Scherr, A., Seiffert, B., Kuster, M., Meyer, A., Fagerström, K.-O., & Tamm, M. (2014). Predictors of success for smoking cessation at the workplace: a longitudinal study. *Respiration; International Review Of Thoracic Diseases, 87*(1), 18-25.
- Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., ...

- & Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American journal of public health, 103*(7), 43-49.
- U.S. Department of health and human services. (1990). *National trends in smoking cessation*. The health benefits of smoking cessation, A report of the surgeon general 580-616. Washington, DC: US Government.
- Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addictive Behaviors, 29*(1), 51-60.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological bulletin, 111*(1), 23.
- Vichai, V. (2016). Methods for Buddhist Academic Studies. *Journal of MCU Peace studies, 4*(1), 106-118.
- Walle, T., Byington, R. P., Furberg, C. D., McIntyre, K. M., & Vokonas, P. S. (1985). Biologic determinants of propranolol disposition: Results from 1308 patients in the beta blocker heart attack trial. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 38*(5), 509-518
- West, R., Hajek, P., Stead, L., & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction, 100*(1), 299-303.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2010*.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Global physical activity questionnaire (GPAQ) analysis guide*. In: Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South. East Asia, 2020*.
- World Health Organization. (2013). *WHO framework convention on tobacco control*. 2013. Accessed September, 23.
- World Health Organization. (2015). *Global Status Report on non-communicable*

diseases. Geneva 2013-2014. Geneva. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en>.

World Health Organization. (2017). *Who Report on the global tobacco epidemic, 2017.* World Health Organization.

Williams, D. M. (2010). Outcome Expectancy and Self-Efficacy: Theoretical Implications of an Unresolved Contradiction. *Personality & Social Psychology Review (Sage Publications Inc.)*, 14(4), 417.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

| ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ | ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด |
|---|---|
| 1. นายแพทย์ฤชกรรณ์ เต็มทอง | แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี | รองศาสตราจารย์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรพล แสงปัญญา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์ | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 5. อาจารย์ ดร. สุวิมล โรจนาวี | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและจดหมายขอใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0326



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ฤชกรณ์ เต็มทอง แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ฤชกรณ์ เต็มทอง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138
นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892

ที่ ศธ 0512.11/ 03๒๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138
นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/0327 วันที่ 6 มีนาคม 2562
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรพล แสงปัญญา อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

em Pen

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรพล แสงปัญญา
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138
 นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892

ที่ ศธ 0512.11/ 0329



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาโทหญิง ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาโทหญิง ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138

นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 0325

วันที่ ๒ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138
นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892



ที่ ศธ 0512.11/0465

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 เมษายน 2562

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่และอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 136 รูป โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะเสพติดบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายวิวัฒน์ เหล่าชัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1138
นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892

ที่ ศธ 0512.11/ 04๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 เมษายน 2562

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายวิวัฒน์ เหล่าชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1138

นายวิวัฒน์ เหล่าชัย โทร. 06-4554-9892

บ้านเลขที่ ๕๐๔/๕๔ ถนนสมเด็จพะเจ้าตากสิน
แขวงบวรบุรี เขตธนบุรี
กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐

๒๕ เมษายน ๒๕๖๒

เรื่อง การอนุญาตใช้เครื่องมือทำวิทยานิพนธ์

เรียน รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๓๒๔ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๒ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากล เรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้น ฉบับภาษาไทย ในงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ของ นายวิวัฒน์ เหล่าชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนั้น ดิฉัน นาวาเอกหญิง พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์ อนุญาตให้ นายวิวัฒน์ ฯ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

นาวาเอกหญิง พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์
(พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์)

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

| | |
|-----------|-----------|
| เลขที่รับ | 044 |
| วันที่ | 5 ธ.ค. 62 |
| เวลา | 08.15 น. |
| ผู้รับ | Wiwat |

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นายวิวัฒน์ เหล่าชัย รหัสประจำตัว 6077312236 นิสิตแขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคนอก เวลา) ที่อยู่ปัจจุบัน 445 ถนน ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 064-5549892 Email wiwatyod99@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวจิราภรณ์ เนียมกฤษ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ 2548

ลงนาม วิวัฒน์ เหล่าชัย ผู้ยื่นคำร้อง
(นายวิวัฒน์ เหล่าชัย)
25 / กุมภาพันธ์ / 2562

| | |
|---|---|
| ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ | ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ |
| เห็นชอบ | อนุญาต |
| ลงนาม สหิตา ปรีชาวงษ์ | ลงนาม สหิตา ปรีชาวงษ์ |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์) | (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์) |
|/...../..... |/...../..... |

| |
|---|
| อนุญาต |
| am Nuw |
| (รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวิวัฒน์) |
| คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ |
| - 5 มี.ค. 2562 / |

25.02.62
ส.ค.ป.


 search this site

Menu

[Home](#)[Background](#)[IPAQ scoring protocol](#)[Cultural adaptation](#)[References](#)[Downloadable questionnaires](#)

Dear colleague,

Welcome to the website for the **International Physical Activity Questionnaire**. Here you will find information about the use of the questionnaire and links to the **questionnaire** itself, in multiple languages.

This physical activity questionnaire is publicly available, it is open access, and no permissions are required to use it. So we encourage any researchers to use it where it will be an appropriate measure of physical activity, particularly in large population studies or in the context of physical activity surveillance for which this measure was designed.

Regarding Scoring of the IPAQ: Over the past 10-15 years, we have had many requests that have asked for support with the IPAQ algorithm or **scoring protocol**, and other methodological issues. For many years, a group of four or five of us that initially developed and tested the IPAQ measure have responded to all these enquiries, but the volume of them has continued to increase in recent years. Most of the requests come from students or graduates doing pieces of research using the IPAQ, and where students are able to ask a local senior researcher for help, particularly one with physical activity experience or a local biostatistician, they usually find that the scoring problems can be resolved.

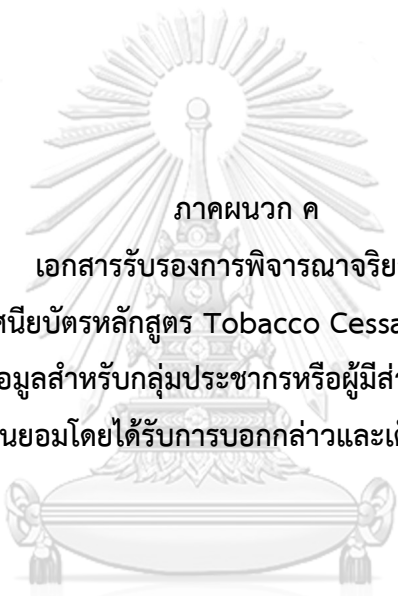
After many hundreds of such enquiries we have decided that we have served the IPAQ measure and its development well, but that we no longer can provide the individual support to answer all these queries, and we would prefer to refer students to their local statisticians and physical activity experts. We are happy to collaborate in IPAQ projects that answer innovative and population-focused research questions, but it is difficult for us to continue to provide an un-funded advisory service.

It's not that we don't want to help, it's just that we don't have the time to answer each of these requests individually in the detail that they require. We think that the IPAQ measure **protocols** are reasonably straight forward and most researchers manage to use them, but if you have continuing problems, please consult your local research experts.

We hope that IPAQ is a useful measure for you, and one that meets your needs,

Yours sincerely,

The IPAQ group



ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม
ประกาศนียบัตรหลักสูตร Tobacco Cessation Provider
เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย
และเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400
โทร. 0-2640-9537 ต่อ 5433 โทรสาร 0-2354-4287 0-2354-4306

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

เลขที่ ...บ.../2562

ชื่อโครงการ บังคับคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายวิวัฒน์ เหล่าชัย

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา
เฮซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

| ที่ | รายนาม | ตำแหน่ง | คณะกรรมการ | ลงนาม |
|-----|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------|
| 1. | นายรัฐดำรง ธรรมโชติ | นายแพทย์ เชี่ยวชาญ | ประธานกรรมการ | |
| 2. | นางปริญดา พีรธรรมานนท์ | เภสัชกร เชี่ยวชาญ | กรรมการ | |
| 3. | นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ | |
| 4. | นางสาวนุชจรี พงษ์นริศร | ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ | |
| 5. | นางอัญญาณี นรนิติชัชกุล | นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ | |
| 6. | นางคุณฎี ใหญ่เรืองศรี | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ | |
| 7. | นายสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ | นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ | กรรมการ | |
| 8. | นายสมภพ ปานมณี | ผู้ช่วยนักวิจัย | กรรมการ และเลขานุการ | |

วันที่รับรอง 29 เมษายน 2562



TCP2 019/2562

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
มอบประกาศนียบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

นายวิวัฒน์ เหล่าชัย

ได้ผ่านการอบรมในหลักสูตร “Tobacco Cessation Provider (TCP)”

เมื่อวันที่ 24 - 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ขอให้เจริญด้วย อายุ วรรณะ สุขะ พละ ดำรงรักษาคุณงามความดี และมีพลังใจ
พลังสติปัญญาที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นพลังสร้างสรรค์ชุมชน สังคม ประเทศชาติสืบไป

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์)
ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วย

โรคไม่ติดต่อ

ชื่อผู้วิจัย นายวิวัฒน์ เหล่าชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ตึกกัลยาณิวัฒนา ชั้น 4 โรงพยาบาลสงฆ์ 445 ถนน

ศรีอยุธยา เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-6409537 ต่อ 2407-8

โทรศัพท์มือถือ 064-5549892 E-mail: wiyatyod99@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ” ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ และได้รับการให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสงฆ์ อาทิตยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างการเสพติดบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม กับ การเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

4. ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สูบบุหรี่ อายุ 20-59 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ อายุตั้งแต่ 20-59 ปี สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวันในปัจจุบัน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ยินยอมร่วมในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอำนาจทดสอบที่ .80

ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่า $r = .37$ พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 123 รูป ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 13 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในกรณีมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 136 รูป

5. ผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อรูป โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ และระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2) แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ ส่วนที่ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนที่ 4) แบบประเมินกิจกรรมทางกาย ส่วนที่ 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 6) แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลต่อไป

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

9. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

คุณวิวัฒน์ เหล่าชัย (ผู้วิจัย) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ตึกกัลยาณินวัฒนา ชั้น 4 โรงพยาบาลสงฆ์

445 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-6409537

ต่อ 2407-8 โทรศัพท์มือถือ 064-5549892 E-mail: wiwatyod99@gmail.com

**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
ผู้รับผิดชอบโครงการ นายวิวัฒน์ เหล่าชัย

หน่วยงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสงฆ์ ตึกกัลยานิวัฒนา ชั้น 4 โรงพยาบาลสงฆ์ 445
ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-6409537 ต่อ 2407-8
โทรศัพท์มือถือ 064-5549892 E-mail: wiwatyod99@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษา ตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่
อาจจะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากคณะผู้ศึกษาแล้วอย่างชัดเจน ข้าพเจ้าทราบว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัย
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้ดำเนินโครงการได้และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากโครงการศึกษาเมื่อใดก็ได้
ข้าพเจ้าทราบว่าผู้ดำเนินโครงการจะเก็บข้อมูลเฉพาะตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และเปิดเผย
เฉพาะในรูปผลการวิจัยเท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆกระทำ
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีร่วมในโครงการศึกษานี้ และลงนามเพื่อความยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง ข้าพเจ้า

นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำแทน

ผู้เข้าร่วมการศึกษาในฐานะ ได้รับทราบรายละเอียดของ

โครงการศึกษาดังกล่าวข้างต้น และยินดีให้พระภิกษุ..... เข้าร่วมใน

การศึกษานี้ และได้ลงนามแสดงความยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงและเติมคำในช่องว่างในส่วนที่เว้นว่างไว้ เกี่ยวกับข้อมูลของท่าน ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1.อายุปี

2.อายุพรรษา พรรษา

3.ระดับการศึกษาทางธรรมสูงสุดของท่าน

แผนกธรรม () นักธรรมชั้นตรี () นักธรรมชั้นโท () นักธรรมชั้นเอก

แผนกบาลี () เปรียญธรรม 1-3 ประโยค () เปรียญธรรม 4-6 ประโยค

() เปรียญธรรม 7-9 ประโยค () ไม่ได้เรียนการศึกษาทางธรรม

4.ระดับการศึกษาทางโลกสูงสุดของท่าน

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปกศ.ต้น () ปวส./อนุปริญญา/ปวท.

() ปริญญาตรี () ปริญญาโท

() ปริญญาเอก () ไม่ได้เรียน

5. ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง () โรคเบาหวาน () โรคหลอดเลือดหัวใจ

() โรคความดันโลหิตสูง () โรคหลอดเลือดสมอง () โรคมะเร็งปอด

() โรคมะเร็งกล่องเสียง () โรคมะเร็งอื่น (โปรดระบุ).....

6. ท่านสูบบุหรี่มานาน ปี

7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ มวน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเสพติดบุหรื

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ท่านได้ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเสพติดบุหรืที่กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบเพียงช่องเดียวตรงกับความเป็นจริงของท่านของแต่ละข้อคำถาม

1. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรืหรือมวนแรกเมื่อไหร่

() ภายใน 5 นาที

() 6-30 นาที

() 31-60 นาที

() มากกว่า 60 นาที

2. ท่านรู้สึกลำบาก หรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรื เช่น โรงพยาบาล รถโดยสาร เป็นต้น

() รู้สึก

() ไม่รู้สึก

.
. .
. .
. .
. .



6. แม้ว่าเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่ท่านก็ยังคงสูบบุหรื

() ใช่

() ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเสพติดบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ท่านได้ทราบเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่ ขอให้ท่านประเมินว่าข้อความดังกล่าวอธิบายเกี่ยวกับตัวท่านได้ถูกต้องในระดับใด แม้ว่าบางข้อความจะไม่ตรงกับที่ท่านเป็นอยู่ก็ตาม ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

| สถานการณ์ | สถานการณ์ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ของท่านหรือไม่ | | | |
|---|---|--------|--------------|-----------|
| | ไม่ใช่เลย | มีบ้าง | ค่อนข้างบ่อย | เป็นประจำ |
| 1. เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ท่านไม่สามารถอดทนต่อสิ่งต่างๆได้ | | | | |
| 2. อยากสูบบุหรี่เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ | | | | |
| 3. จำเป็นต้องสูบบุหรี่เพื่อให้มีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ | | | | |
| 4. อยากสูบบุหรี่เมื่อได้กลิ่นบุหรี่ | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 11. จำเป็นต้องสูบบุหรี่เพื่อให้หายเครียด | | | | |
| 12. รู้สึกวิตกกังวลกระสับกระส่ายหากไม่ได้สูบบุหรี่เป็นเวลานาน | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย ต้องการทราบความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ของท่าน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่กำหนดไว้ กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านแต่ละข้อคำถาม

| สถานการณ์ | ไม่ มั่นใจ เลย | มั่นใจ น้อย | มั่นใจ ปาน กลาง | มั่นใจ มาก | มั่นใจ มาก ที่สุด |
|---|----------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------------------|
| 1.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ หรือทำบางอย่างไม่สำเร็จ | | | | | |
| 2.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะอยู่ในกลุ่มของ พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ | | | | | |
| 3.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะมีเรื่องทะเลาะ หรือขัดแย้งกับผู้อื่น | | | | | |
| 14.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกวิตกกังวล อย่างมาก | | | | | |
| 15.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะเกิด ความเครียดอย่างมาก | | | | | |
| 16.ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่หวนกลับมาสูบบุหรี่ แม้จะ หยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะหนึ่ง | | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกิจกรรมทางกาย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายที่ท่านปฏิบัติประจำวัน กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อและตอบคำถามที่ตรงกับกิจกรรมทางกายของท่าน

ช่วงแรกให้ท่านคิดถึงการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนักที่ท่านทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไป ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา

การเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก หมายถึง กิจกรรมที่ต้องออกแรงและออกกำลังมากทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติมาก โดยหายใจแรงและเร็ว เช่น ยกสิ่งของหนัก ตัดต้นไม้ เทปูน เลื่อยไม้ เป็นต้น

1. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก เช่น งานสาธารณูปการในวัด อาทียกสิ่งของหนัก ตัดต้นไม้ เทปูน เลื่อยไม้ เป็นต้น

เป็นเวลากี่วัน.....วัน/สัปดาห์

ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก ให้ข้ามไปตอบ ข้อ 3

2. ในแต่ละวันที่ท่านตอบในข้อ 1 นั้น ท่านใช้เวลาในการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก

วันละ.....ชั่วโมง.....นาที/วัน

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

.
.

.

.

.

.

.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

7. ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาสำหรับการนั่งในวันธรรมดา วันละ.....ชั่วโมง/วัน.....นาที/วัน

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ในช่อง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้

| ข้อ | คำถาม | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | ค่อนข้าง บ่อย | บ่อยครั้ง |
|-----|--|--------|---------------|------------------|-----------|
| 1 | ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย | | | | |
| 2 | ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร | | | | |
| 3 | ท่านไม่สามารถจัดความเศร้าออกไปได้แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม | | | | |
| 4 | ท่านรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น | | | | |
| 5 | ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด | | | | |
| 6 | ท่านรู้สึกหดหู่ใจ | | | | |
| 7 | ท่านรู้สึกว่าทุกๆสิ่งที่ท่านกระทำได้ฝืนใจทำ | | | | |
| 18 | ท่านไม่มีความสุข | | | | |
| 19 | ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน | | | | |
| 20 | ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต | | | | |

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเข้มข้นของการช่วยเหลือผู้พิการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินความเข้มข้นของการช่วยเหลือผู้พิการที่ท่านได้รับการบริการช่วยเหลือผู้พิการ ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับบริการช่วยเหลือผู้พิการที่คุณได้รับ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

1. ท่านเคยได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ จากบุคลากรด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือทันตแพทย์) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่

() ไม่ได้ () ได้

หากตอบ “ได้” กรุณาระบุว่า ทั้งหมดกี่ครั้ง.....ครั้ง

เฉลี่ยครั้งละกี่นาที.....นาที

ครั้งที่ยาวที่สุดกี่นาที.....นาที

2. ท่านเคยได้รับใบปลิวเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ที่ให้โดยบุคลากรด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือทันตแพทย์) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่

() ไม่ได้

() ได้ หากตอบ “ได้” ท่านเคยอ่านหรือไม่ () ไม่เคยอ่าน

() เคยอ่าน ทั้งหมดกี่ครั้ง.....ครั้ง

.
. .
. .
. .
. .

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

10. ท่านเคยได้รับการนัดไปโรงพยาบาล เพื่อติดตาม หลังได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่

() ไม่เคยได้ () เคยได้

หากตอบ “เคยได้” กรุณาระบุว่า ทั้งหมดกี่ครั้ง.....ครั้ง

เฉลี่ยครั้งละกี่นาที.....นาที

ครั้งที่ยาวที่สุดกี่นาที.....นาที

แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน กรุณาตอบคำถามความเป็นจริง

1. ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่
 - () หยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน ถ้าตอบข้อนี้ให้ตอบคำถาม ข้อ 1.1 และ 1.2 ด้วย
 - () เลิกสูบไม่ได้ ถ้าตอบข้อนี้ให้ตอบคำถาม ข้อ 1.3 และ 1.4 ด้วย

3. หลังจากได้รับคำแนะนำช่วยเลิกสูบบุหรี่ **ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา** ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่
 - () ไม่ได้สูบเลย แม้เพียงมวนเดียว
 - () สูบบ้าง เพียง 1 – 2 ครั้ง (ไม่หมดมวน) ตลอดระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา
 - () สูบบ้าง เพียง 1 – 5 มวน
 - () สูบ > 5 มวน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา



ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลของระยะเวลาสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ใ
พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n=136)

| ระยะเวลาสูบบุหรี่มวนแรก หลังตื่นนอนตอนเช้า | เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ (n=50) | | เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ (n=86) | | รวม (n=136) | |
|---|-------------------------------|--------|----------------------------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ภายใน 5 นาที | 16 | 32.00 | 48 | 55.81 | 64 | 47.05 |
| 6-30 นาที | 9 | 18.00 | 25 | 29.07 | 34 | 25.00 |
| 31-60 นาที | 15 | 30.00 | 9 | 10.47 | 24 | 17.65 |
| มากกว่า 60 นาที | 10 | 20.00 | 4 | 4.65 | 14 | 10.30 |

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าภายใน 5 นาที
มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.81) ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่หลังตื่น
นอนมากกว่า 5 นาที พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.0) สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ประวัติผู้เขียน

| | |
|-------------------|---|
| ชื่อ-สกุล | วิวัฒน์ เหล่าชัย |
| วัน เดือน ปี เกิด | 4 กุมภาพันธ์ 2535 |
| สถานที่เกิด | นครพนม |
| วุฒิการศึกษา | ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 445 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400 |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY