



## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ

ผกามาศ สุฐิตวินิช พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ ตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 30 ธันวาคม 2560 จำนวน 120 คน ซึ่งสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสุ่มจากผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่ได้ กับผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ไม่ได้ กลุ่มละ 60 คน การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม เอสเอฟ-36 ฉบับภาษาไทย ฉบับปรับปรุงเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ Chi-square และสถิติ Independent t-test

**ผลการศึกษา** พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิโดยรวม และรายมิติดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในมิติต่าง ๆ ในด้านการรับรู้สุขภาพ การทำงานด้านร่างกาย ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ปัญหาทางด้านอารมณ์ การทำงานทางสังคม สุขภาพจิตทั่วไป การมีชีวิตและการรับรู้สุขภาพทั่วไปมีผลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการวิจัยไปใช้ ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่ ให้มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการดูแล, ติดตามผลครบ 1 ปีและทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการทำงานเชิงรุกในการรณรงค์ป้องกันในชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, สูบบุหรี่

\*หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ



## Quality of Life of Chronically Ill Patients with Tobacco Dependence in Smoking Cessation Clinic, Chaiyaphum Hospital

Phakamas Sutitiwanich RN.\*

### Abstract

The purpose of this research was to study the quality of life of chronically ill patients with tobacco dependence attended smoking cessation clinic, Chaiyaphum Hospital. The sample were 120 patients who can speak and understand Thai language on June 1 June - 30 December, 2017. The patients were divided in two groups, 60 patients in stop smoking group and 60 patients in non-stop smoking group. Study design was comparative study. The data was analyzed by Thai version of the SF-36 questionnaire, explain statistic, percentage, means, standard deviation and independent t-test.

**Results :** The quality of life of all chronically ill patients with tobacco dependence who attended smoking cessation clinic, Chaiyaphum Hospital were better than last year. The stop smoking patients had higher quality of life more than the non-stop smoking patients in health perception, bodily pain, physical functioning, role limitations due to physical and emotional problems, social functioning, mental health and vitality domain with statistically significant. ( $p < 0.05$ )

**Conclusion :** The result of the research use to develop the efficiency of taking care of chronically ill patients with tobacco dependence by multidisciplinary team for 1 year and enhance quality of life of patients.

**Keywords :** Quality of Life, Chronic Disease Patients, Smoking

---

\*Psychiatric ward Chaiyaphum Hospital

## ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การศึกษาสถานการณ์ของการบริโภคยาสูบทั่วโลก ผู้สูบบุหรี่อยู่ 1 ใน 3 ของประชากรโลก ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80.00 เป็นประชากรที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะเพิ่มมากขึ้น<sup>(1)</sup> ข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติในรอบ 24 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534-2558) พบว่ามีแนวโน้มลดลง และปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการลดลงเฉลี่ย 0.5% ต่อปี แสดงให้เห็นว่าผลการบริโภคยาสูบของประชากรไทยเทียบกับประชากรโลกลดลง ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ จากการสำรวจโดยสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2551<sup>(2)</sup> ด้านสุขภาพ ในปี 2551 พบว่าประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และในจำนวนนี้ ร้อยละ 29.00 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ร้อยละ 80 เป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวานก่อนวัยอันควร เกิดจากสาเหตุของการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม และการดื่มแอลกอฮอล์<sup>(4)</sup>

ปัญหาการบริโภคยาสูบจึงเป็นเรื่องที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งที่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่โดยที่ผ่านมามีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่อย่างจริงจังและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก<sup>(5)</sup> หน่วยงานด้านสุขภาพและชุมชนมีการรณรงค์ควบคุมเพื่อการควบคุมสูบบุหรี่ จากการสำรวจศึกษาพบว่ามีงานวิจัยที่สะท้อนให้ความสำคัญด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ เช่น ผู้ติดบุหรี่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยอาศัยกำลังใจอย่างเดียว (วิธีหักดิบ)<sup>(6)</sup> พบว่าระยะ 1 ปี มีเพียงร้อยละ 5-7 เท่านั้นที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและติดตาม 1 ปี นอกจากประเมินการสูบบุหรี่ได้สำเร็จแล้ว ยังสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่กำลังได้รับความสนใจในการบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่สำคัญที่มาจากการประเมินผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนการสูบบุหรี่ได้สำเร็จยาวนาน

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ โดยให้หน่วยงานสาธารณสุขช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ติดบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ให้บริการคลินิกอดบุหรี่เป็นหน่วยงานหนึ่งในกลุ่มงานจิตเวชบริการแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบบริการเป็นการปรับพฤติกรรมร่วมกับยา โดยมีแพทย์ให้การรักษาพยาบาลให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีเภสัชกรให้คำแนะนำในด้านการใช้ยา จากสถิติการบริการของคลินิกอดบุหรี่ 3 ปีย้อนหลัง ปี 2558-2560 (ตุลาคม 2558-มีนาคม 2560) พบว่า มีจำนวนผู้มารับบริการ 345, 368 และ 285 คน ตามลำดับ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาจากคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่ได้น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการเลิกบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเรื้อรังได้ สำหรับการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดบุหรี่ในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต คือแบบสอบถามเอสเอฟ-36 ฉบับภาษาไทย ฉบับปรับปรุง มีค่าความแม่นยำจากการแปลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ

## สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกสูบบุหรี่น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคก็ได้ดังนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและรักษาอย่างต่อเนื่อง

**เลิกบุหรี่** หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังจากการสูบบุหรี่มานานสุดท้ายแล้วจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

**ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่** หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่และเข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การมีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความผาสุก ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ดังนี้ มิติการทำงานด้านร่างกาย มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ มิติการทำงานทางสังคม มิติสุขภาพจิต มิติการมีชีวิตและมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่โครงการ 4/61 กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวสามารถบอกเลิกได้ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 30 ธันวาคม 2560

**เกณฑ์คัดเข้า** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่และเข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 120 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ จำนวน 60 คน และผู้ป่วยที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ จำนวน 60 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ เครื่องมือวิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม SP36 (Short form thirty six-Thai version) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสุขภาพและใช้ในการศึกษาชีวิตของผู้ป่วยอย่างแพร่หลายเป็นเครื่องมือน่าเชื่อถือ (Reliability) และมีความเที่ยงตรง (Validity) ฉบับภาษาไทยปรับปรุงข้อความ พ.ศ. 2548<sup>(8)</sup>

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม เตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน ก่อนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ประสานกลุ่มเป้าหมาย การนัดมาพบโดยใช้บัตรนัดผู้ป่วย ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม อธิบายผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เข้าใจและทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมให้การรับรองว่าจะมีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

ระดับคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ 8 หัวข้อใหญ่ ได้แก่ 1) มิติการทำงานด้านร่างกาย (Physical function) 2) มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Role limitation due to physical problem) 3) มิติการทำงานทางสังคม (Social function) 4) มิติสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) 5) มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางสังคม Role limitation due to emotional problems) 6) มิติการมีชีวิต (Vitality) 7) มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perceptions) 8) มิติการเจ็บป่วยทางกาย (Bodily pain)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Independent T-test

## ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 86.70, 88.30 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.30, 30.00 อาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21.70, 18.30 อาศัยอยู่กับครอบครัว (พ่อแม่/สามีภรรยา/คู่รัก/ญาติ) ร้อยละ 80.00, 77.70 ใช้เวลาว่างนอนพักผ่อน ร้อยละ 58.30 และดูหนัง/ฟังเพลง ร้อยละ 38.30 สถานภาพการใช้จ่ายของครอบครัวต่อเดือนพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 45.00, 40.00 บทบาท/หน้าที่หลักเป็นผู้นำครอบครัว (ผู้หารายได้หลัก) ร้อยละ 66.70, 51.70 โรคประจำตัวคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 45.00, 58.30 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ชนิดของยาสูบ) มวนเอง (ยาเส้น) ร้อยละ 38.30, 50.00 ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.30, 81.70 จำนวนบุหรี่ที่สูบยาซองมากกว่า 20 มวน (1 ซอง) หรือยาเส้น 1 ห่อเล็กต่อวัน ร้อยละ 51.70, 61.70 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ )

ผลการเปรียบเทียบระหว่างลักษณะของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.00 น้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 46.75 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.30 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 26.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 28.30 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.00, 45.00 บุคลิกส่วนตัว สนุกสนานว่าจริง ร้อยละ 68.30, 50.00 ระยะเวลาการสูบมวนแรกมากกว่า 30 นาที หลังตื่นนอน ร้อยละ 76.70 สูบมวนแรกภายใน 30 นาที หลังตื่นนอน ร้อยละ 78.30 ค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด 0-5 ppm ร้อยละ 100 และค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด 6-10 ppm ร้อยละ 88.30 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>เพศ</b>			.783
ชาย	52 (86.70)	53 (88.30)	
หญิง	8 (13.30)	7 (11.70)	
<b>อายุ</b>			.001
น้อยกว่า 40 ปี	10 (16.70)	28 (46.70)	
41-50 ปี	21 (35.00)	14 (23.30)	
51-60 ปี	16 (26.70)	15 (25.00)	
มากกว่า 61 ปี	13 (21.70)	3 (5.00)	



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ระดับการศึกษา</b>			.000
ไม่ได้ศึกษา	4 (6.70)	2 (3.30)	
ประถมศึกษา	16 (26.70)	12 (20.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (11.70)	22 (36.70)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรืออาชีวฯ/ปวช.	7 (11.70)	6 (10.00)	
อนุปริญญา/ปวส.	6 (10.00)	14 (23.30)	
ปริญญาตรี	20 (33.30)	4 (6.70)	
<b>อาชีพ</b>			.106
รับจ้างทั่วไป	17 (28.30)	18 (30.00)	
เกษตรกร	12 (20.00)	11 (18.30)	
ธุรกิจส่วนตัว	13 (21.70)	11 (18.30)	
ค้าขาย	5 (8.30)	6 (10.00)	
พนักงานวิสาหกิจ	8 (13.30)	2 (3.30)	
ข้าราชการ	4 (6.70)	3 (5.00)	
อื่น ๆ ระบุ	1 (1.70)	9 (15.00)	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>			.010
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10 (16.70)	15 (25.00)	
5,000-9,999 บาท	4 (6.70)	17 (28.30)	
10,000-14,999 บาท	16 (26.70)	12 (20.00)	
15,000-19,999 บาท	12 (20.00)	9 (15.00)	
20,000-24,999 บาท	11 (18.30)	2 (3.30)	
25,000-29,999 บาท	5 (8.30)	3 (5.00)	
30,000 บาทขึ้นไป	2 (3.30)	2 (2.30)	
<b>สถานภาพสมรส</b>			.001
คู่	42 (70.00)	27 (45.00)	
โสด	18 (30.00)	24 (40.00)	
หม้าย/หย่า/แยก	0 (0.00)	9 (15.00)	
<b>บุคคลที่อาศัยร่วม</b>			.121
อยู่กับครอบครัว (พ่อแม่/สามีภรรยา/คู่รัก)	48 (80.00)	46 (76.70)	
อยู่คนเดียว	12 (20.00)	10 (16.70)	
เพื่อน	0 (0.00)	4 (6.70)	



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวต่อเดือน</b>			.669
พอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ	27 (45.00)	24 (40.00)	
พอใช้ และมีเหลือเก็บ	13 (21.70)	17 (28.30)	
ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน	12 (20.00)	14 (23.30)	
ไม่พอใช้ แต่ไม่มีหนี้สิน	8 (13.30)	5 (8.30)	
<b>บุคลิกเฉพาะตัว</b>			.000
สนุกสนานร่าเริง	41 (68.30)	30 (50.00)	
เงียบขรึม	19 (31.70)	16 (26.70)	
<b>การใช้เวลาว่าง</b>			.050
นอนพักผ่อน	35 (58.30)	22 (36.70)	
ดูหนัง/ฟังเพลง	17 (28.30)	23 (38.30)	
ออกกำลังกาย	8 (13.30)	15 (25.00)	
<b>บทบาท/หน้าที่หลัก</b>			.194
ผู้นำของครอบครัว (ผู้หารายได้หลัก)	40 (66.70)	31 (51.70)	
ผู้ช่วยเหลือครอบครัว (ผู้ช่วยหารายได้)	15 (25.00)	19 (31.70)	
สมาชิกครอบครัว	5 (8.30)	10 (16.70)	
<b>โรคประจำตัว</b>			.222
ความดันโลหิตสูง	13 (21.70)	15 (25.00)	
หัวใจ	27 (45.00)	35 (58.30)	
ถุงลมโป่งพอง	10 (16.70)	7(11.70)	
เบาหวาน	9 (15.00)	3 (5.00)	
อื่น ๆ	1 (1.70)	0 (0.00)	
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ชนิดของยาสูบ)</b>			.198
มวนเอง (ยาเส้น)	23 (38.30)	30 (50.00)	
ก้านกรอง (ยาซอง)	19 (31.70)	20 (33.30)	
อื่น ๆ (ยาเส้นใช้ร่วมกับยาซอง)	18 (30.00)	10 (16.70)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ระยะเวลาสูบ)</b>			.274
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	44 (73.30)	49 (81.70)	
น้อยกว่า 10 ปี	16 (26.70)	11 (18.30)	
<b>ระยะเวลาสูบบวมแรกหลังตื่นนอน</b>			.000
มากกว่า 30 นาทีหลังตื่นนอน	46 (76.70)	13 (21.70)	
ภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอน	14 (23.30)	47 (78.30)	
<b>จำนวนบุหรี่ที่สูบ</b>			.269
ยาซองมากกว่า 20 มวน (1 ซอง) หรือยาเส้น 1 ห่อเล็กต่อวัน	31 (51.70)	37 (61.70)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับยาซอง 20 มวน (1 ซอง) หรือยาเส้น 1 ห่อเล็กต่อวัน	29 (48.30)	23 (38.30)	
<b>ค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด</b>			.000
0-5 ppm	60 (100)	0 (0.00)	
6-10 ppm	0 (0.00)	53 (88.30)	
มากกว่า 10 ppm ขึ้นไป	0 (0.00)	7 (11.70)	

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า มีคุณภาพชีวิตองค์ประกอบมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป มิติการทำงานด้านร่างกายในด้านกิจกรรมที่ต้องการใช้แรงมาก เดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร, มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกายในด้านเวลาทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม,

มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ในด้านเบื่อหน่ายต่อแท้กับการดำเนินชีวิต รู้สึกโกรธ หงุดหงิดโดยไม่ทราบสาเหตุ รู้สึกโกรธ หงุดหงิดโดยไม่ทราบสาเหตุ รู้สึกกังวลหรือทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน มิติการทำงานทางสังคม มิติสุขภาพจิตทั่วไป มิติการมีชีวิต และมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไปในด้านไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น มีสุขภาพดีเหมือนกับเพื่อน ๆ สุขภาพของฉันแข็งแรงสมบูรณ์ดีเลิศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)/SD	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)/SD	ค่ากลาง (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่ากลาง (SD)	p-value
<b>มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป</b>					
- โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพท่านเป็นอย่างไรในขณะนี้	3.13 (0.56)	3.18 (0.96)	3.13 (5-1)	0.78	.000*
- เทียบกับปีที่แล้ว ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	2.20 (0.75)	3.20 (1.13)	2.7 (5-1)	1.08	.012*
<b>มิติการทำงานด้านร่างกาย</b>					
- กิจกรรมที่ต้องการใช้แรงมาก	1.66 (0.72)	1.97 (0.69)	1.87 (5-1)	0.77	.011*
- เดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	1.93 (0.70)	2.21 (0.76)	2.01 (5-1)	0.74	.011*
- เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	1.71 (0.61)	1.96 (0.78)	1.86 (5-1)	0.78	.000*
<b>มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย</b>					
- ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ	1.48 (0.50)	1.65 (0.48)	1.55 (5-1)	0.49	.019*
- ทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1.86 (0.34)	1.66 (0.47)	1.76 (5-1)	0.42	.000*
- ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	1.90 (0.30)	1.68 (0.46)	1.79 (5-1)	0.40	.000*
- มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม	1.86 (0.34)	1.65 (0.48)	1.75 (5-1)	0.42	.000*
<b>มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์</b>					
- เบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิต	1.88 (0.32)	1.6 (0.48)	1.55 (5-1)	0.49	.000*
- รู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ	1.86 (0.34)	1.50 (0.50)	1.75 (5-1)	0.42	.000*
- รู้สึกกังวลหรือทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน	1.90 (0.30)	1.55 (0.50)	1.68 (5-1)	0.46	.000*
<b>มิติการทำงานทางสังคม</b>					
- ระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม	2.10 (0.77)	2.25 (1.06)	2.17 (5-1)	0.93	.000*
<b>มิติความเจ็บป่วยทางร่างกาย</b>					
- ระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม	2.53	1.09	2.51	1.35	.006*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลชัยภูมิ (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ที่เลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)/SD	ที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)/SD	ค่ากลาง (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่ากลาง (SD)	p-value
<b>มิติสุขภาพจิตทั่วไป</b>					
- รู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	3.43 (0.87)	3.30 (1.13)	3.36 (1-5)	1.01	.028*
- รู้สึกกังวล	3.10 (0.75)	3.61 (1.29)	3.85 (1-5)	1.07	.000*
- หดหู่ เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไร ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นได้	3.38 (0.66)	4.23 (1.04)	3.30 (1-5)	0.87	.000*
- รู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	3.51 (0.59)	4.26 (1.36)	3.82 (1-5)	1.02	.000*
- ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.28 (0.80)	4.01 (1.51)	3.05 (1-5)	1.03	.000*
- รู้สึกเหนื่อยล้า	2.03 (0.95)	3.33 (1.64)	3.18 (1-5)	1.58	.000*
<b>มิติการมีชีวิต</b>					
- ระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ ของท่านมีผลกระทบต่อการทำงานทางสังคม	4.35 (0.81)	3.65 (1.16)	4.00 (1-5)	1.06	.011*
<b>มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป</b>					
- ฉันไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	3.78 (1.00)	3.25 (1.28)	3.51 (5-1)	1.18	.006*
- ฉันมีสุขภาพดีเหมือนกับเพื่อน ๆ	2.83 (0.99)	3.26 (0.73)	3.05 (5-10)	.89	.011*
- ฉันคิดว่าสุขภาพของฉัน แข็งแรงสมบูรณ์ดีเลิศ	2.70 (0.99)	3.15 (0.89)	3.41 (5-1)	.97	.001*

\*Statistically significant difference between group ( $p < 0.05$ ) โดยใช้ Independent t-test

### อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยรวมและรายมิติอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.15 และเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว สุขภาพดีขึ้นในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.70 สอดคล้องกับการศึกษาหลายท่าน พบว่าการหยุดสูบบุหรี่ไปได้ 3 สัปดาห์จนถึง 3 เดือน การไหลเวียนของเลือดในร่างกายจะดีขึ้น มีพลังงานมากขึ้นขณะทำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การเดิน การออกกำลังกาย<sup>(3)</sup> และสูทซ์น์ รุ่งเรืองศิริธัญญา, (2552 : 17) กล่าวว่า ผลดีการสูบบุหรี่จะมีการไอลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเสื่อมลง

ของสมรรถภาพปอดจะชะลอลดลงไปเท่ากับอัตราการเสื่อมของคนปกติ ส่วนความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งของปอดจะลดลงไปถึงร้อยละ 50 หลังเลิกสูบสำหรับโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ภายใน 1 ปีแรกหลังการหยุดสูบจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายเฉียบพลันลดลงถึงร้อยละ 50 ในผู้ที่เลิกสูบได้ในช่วงก่อนอายุ 35 ปี จะพบว่าอัตราการเสียชีวิตจะไม่แตกต่างจากผู้ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งรณรงค์เพื่อให้ประชาชนรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบจากควันทูหรือมือสอง และช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ติดบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ



เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิกบุหรี่กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ พบว่า มิติการทำงานด้านร่างกาย ในด้านกิจกรรมที่ต้องการใช้แรงมาก เดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร และมีข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกิต วาทีสาธกกิจ พบว่า หลังจากหลายสัปดาห์และหลายเดือนผ่านไป หลังจากหยุดสูบบุหรี่ไปได้ การไหลเวียนของเลือดในร่างกายจะดีขึ้น ลังเกตว่ามีพลังงานมากขึ้นขณะทำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การเดิน การออกกำลังกาย นอกจากนี้ หลังจากเลิกสูบบุหรี่ไปได้ 30 วัน ซีเลีย ซึ่งเป็นขนเส้นเล็ก ๆ ที่อยู่บนผิวของเซลล์เยื่อหลอดลมภายในปอด ซึ่งมีหน้าที่ขจัดเมือกและสิ่งสกปรกต่าง ๆ ออกไปจากปอด จะเริ่มซ่อมแซมตัวเอง จากความเสียหายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เมื่อเส้นขนเหล่านี้กลับมาทำหน้าที่เป็นปกติเหมือนเดิม ปอดจะเริ่มทำงานดีส่งผลการทำงานที่ต้องใช้กำลังได้ดี และระยะยาวนานขึ้น และลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และศรีัญญา เบญจกุล, (2550 : 100) ได้ศึกษาพบว่า หลังการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 72 ชั่วโมงรู้สึกท้อหายใจโล่งขึ้น มีเรี่ยวแรงดีขึ้นกว่าเดิม เลิกได้นาน 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน จะทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตดี ออกกำลังกายได้ยาวนานและรู้สึกมีพลังกำลังเพิ่มขึ้น

ส่วนมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และมีสุขภาพจิตทั่วไปมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กรมสุขภาพจิต เผยผลสำรวจในปี 2559 พบผลวิจัยของวงการจิตแพทย์ระดับโลกระบุว่า นิโคตินจะออกฤทธิ์กระตุ้นที่สมองส่วนหน้าที่มีชื่อว่า คอร์เทกซ์ (Prefrontal cortex) ทำหน้าที่คล้ายกุญแจเข้าไปปลดล็อกโมเลกุลของประสาทตัวรับรู้อินโดลามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความพอใจ สุขใจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีขึ้น และจะทำให้ร่างกายสูญเสียความสามารถในการสร้างโดปามีนด้วยตัวเองยิ่งสูบบุหรี่ก็จะมีประสาทตัวรับรู้อินโดลามีนมากขึ้น จึงเกิด

ความต้องการนิโคตินมากขึ้นจนไปวนมา เมื่อสมองถูกกระตุ้นอยู่ในสภานี้นาน ๆ จะทำให้เกิดผลข้างเคียงคืออาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อเติมนิโคตินเข้าไป ให้ความรู้สึกกลับคืนมา จึงกล่าวได้ว่า บุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยตรง บทความ Change in Mental Health after Smoking Cessation: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตหลังจากเลิกสูบบุหรี่ เทียบกับยังคงสูบบุหรี่กล่าวถึง งานวิจัย 26 ชิ้นที่ศึกษาสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถามวัดความหวาดวิตก ซึมเศร้า และหวาดวิตกร่วมกับซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพจิต ความรู้สึกทางบวก และความเครียด คะแนนสุขภาพจิตจากการติดตามประเมินที่ระหว่าง 7 สัปดาห์ และ 9 ปี หลังจากการประเมินที่พื้นฐาน โดยพบว่าภาวะหวาดวิตก ซึมเศร้า หวาดวิตกร่วมกับซึมเศร้า และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นฐานและการติดตามในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ เทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ โดยค่า standardised mean differences (95% confidence intervals)

ส่วนสมภพ เรืองตระกูล (2546:34) กล่าวว่า ในระยะแรกการหยุดสูบบุหรี่ สมรรถภาพของการทำงานง่าย ๆ หลายอย่างที่ใช้สมาธิจะลดลงเป็นระยะเวลานั้น ๆ แต่ไม่พบว่ามีผลติดขัดของความจำและความสามารถในการเรียนรู้และการทำงานที่ใช้ความสามารถสูงอื่น ๆ ภายหลังผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ไปแล้วพบว่า ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงกว่า และสามารถควบคุมตัวเองได้ดีกว่าผู้ที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้

ด้านมิติการทำงานทางสังคม มิติการมีชีวิตและมีมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาชีวิตที่ปลอดบุหรี่ได้ นับว่าเป็นโอกาสดีที่จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดีขึ้น และอาจหมายถึงมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น<sup>(5)</sup> รายงานวิจัยหนึ่งได้ระบุว่า หลังเลิกบุหรี่ได้นาน 1 ปี โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจลดลงถึงครึ่งหนึ่ง



จากเดิม และหากหยุดได้นาน 15 ปี โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจเทียบเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ชีวิตใหม่ที่ไร้บุหรี่ ย่อมนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ทำให้มีพลังในการใช้ชีวิตมากขึ้น ร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงขึ้น ระบบหายใจที่ดีขึ้น และยังทำให้สมรรถภาพทางเพศดีขึ้นอีกด้วย รวมไปถึง ลดอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สูทศน์ รุ่งเรืองศิริฤฎญา กล่าวว่า ผู้สูบบุหรี่บางรายหลังเลิกสูบบุหรี่ มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นได้หลังจากเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินมีฤทธิ์ในการลดความอยากอาหารและการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย เมื่อผู้สูบบุหรี่หยุดบุหรี่ จึงกินเก่งขึ้นและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ การเลิกสูบบุหรี่ยังส่งผลดีต่อครอบครัวและสังคม ผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายที่เสียไปกับการซื้อบุหรี่ลดน้อยลง มีสุขภาพที่ดีขึ้น สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวก็ดีขึ้น และลดโอกาสการได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม และถ้าพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดโอกาสการติดบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวได้อีกด้วย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยนี้ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ให้มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการดูแล, ติดตามผลครบ 1 ปี และทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการทำงานเชิงรุกในการรณรงค์ป้องกันในชุมชน เพื่อลดอันตรายความเสี่ยงด้านสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. รัชนา สานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล, และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). **พิษภัยบุหรี่**. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ). **ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ : สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ : 145-74.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2551**. กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2550). สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ). **ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ : สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ : 1-4.
4. สูทศน์ รุ่งเรืองศิริฤฎญา. (2550). **การบริหารยางดบุหรี่และสารนิโคตินทดแทน**. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ). **ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ : 493-517.
5. สุปาณี เสนาดีสัย, สุรินธร กลัมพากร. (บรรณาธิการ). (2555). **บุหรี่กับสุขภาพ : พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย: 35-40.
6. อารยา ทองผิว และคณะ. (2559). **คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพณิชย: 134-150.
7. ประมุข มุทิตรางกูร และคนอื่น ๆ. (2550). **ภาวะขาดเลือด. ในหนังสือประกอบการประชุม 90 ปี ศัลยศาสตร์ ศิริราช ภาควิชาศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร : 57-77.
8. ธิติมา ศิริมาตยาพันธ์, ภัทราวุธ อินทรกำแหง และสมเกียรติ เหมตะศิลป์. (2549). **ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม เอสเอฟ 36 ฉบับภาษาไทย ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง**. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร, 16(1):10-6.