

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ชนะวัฒน์ รามสุข* อารยา ทิพย์วงศ์** พรพรรณ วรสีหะ** นงนุช วงศ์สว่าง*** นิชมน หลำรอด****

บทคัดย่อ

บทนำ : การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 105 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.80 อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 67.63 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.82 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.11 มีคะแนนเฉลี่ย 6.50 ± 1.90 คะแนน (3 – 10 คะแนน) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 45.70 และพบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ ($p < .05$)

สรุปผล : ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ และให้การช่วยเหลือตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่

*วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Health literacy of knowledge and the understanding of tobacco and smoking behavior among older persons: A case study in Amphawa District, Samut Songkhram Province

Tanawat Ruamsook* Araya Tipwong** PonpunVorasaha**
Nongnuch Wongsawang*** Nichamon Lumrod****

Abstract

Background: Smoking is an important cause of diseases and premature deaths because of its effects on health status and disease, especially among older persons.

Objectives: The purpose of this research aimed to study the level of health literacy (cognitive skills) about tobacco, smoking behavior and factors related to health literacy (cognitive skills) on tobacco.

Methods: This descriptive research study sampled 105 older persons who smoked in Amphawa subdistrict, Samut Songkhram province. Data was collected by using questionnaires developed by researchers. (Content Validity Index = .80). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation.

Results: The research findings showed that most of the sample was male (84.80%), aged between 60 and 69 years old. More than half had a disease(s) (56.82%) such as hypertension and diabetes mellitus. They had a moderate knowledge level (37.11%), with an average score of 6.50 ± 1.90 points (3 – 10 points). The health literacy level of the sample was at an interactive level (45.70%). In addition, sex, age, education, occupational and income were significantly associated with health literacy (cognitive skills) regarding tobacco ($p < .05$).

Conclusions: It is important to encourage older persons to be aware of the dangers of smoking, how smoking affects their health, and to help the older persons quit smoking, by addressing the stage of readiness to quit smoking that older persons are in; in order to quit smoking successfully.

Keywords: health literacy, older persons, smoking

*College of Nursing and Health, SuanSunandha Rajabhat University, E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

**College of Nursing and Health, SuanSunandha Rajabhat University

***Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboramarajchanok Institute, Thailand

****Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboramarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2015 – 2020 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 12.00 เป็นร้อยละ 22.00 ของประชากร¹ สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 10.40 เมื่อเทียบกับความหมายของสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.00 และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2571 สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20.00 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14.00² จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรในประเทศไทยมีจำนวน 66,188 ล้านคน และมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10,225 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ของประชากรทั้งหมด³ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มากกว่าร้อยละ 60.00 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.00 มีภาวะอ้วนมากกว่าร้อยละ 10.00 เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองสูงขึ้นซึ่งจะพัฒนาไปสู่การเป็นผู้สูงอายุติดสังคมติดบ้าน และติดเตียง ตามลำดับ⁴

การสูงอายุนั้น เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนของร่างกาย สุขภาพจิต และทางด้านสังคม ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เซอร์วิชั่น ระดับสุขภาพจิต และทัศนคติของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบทางด้านสุขภาพ ที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ที่ให้ได้รับการรักษาและการดูแลด้านสุขภาพเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁵ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษจากบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า แต่ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างๆ ไม่ชัดเจนเท่าผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการศึกษาไม่พบว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือลดลงร้อยละ 50.00 ซึ่งนับว่าได้ผลดีกว่าการควบคุมไขมัน หรือความดันโลหิตสูง สมองฝ่อเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการคิด (cognitive performance) ไม่ดี และเสียความยืดหยุ่นทางการคิด (cognitive flexibility) เช่นกัน⁶

จากรายงานการตรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60–69 ปี ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทั้งสูบในปัจจุบันและสูบเป็นประจำ ร้อยละ 24.90 เพศชายมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ได้แก่ ช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 25.61) เป็นอันดับสองรองจากช่วงอายุ 45–59 ปี โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่ผู้สูงอายุสูบในแต่ละวัน ประมาณ 10

มวนวัน⁷ และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าสารพิษในบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคไตง่ายโดยเฉพาะต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดและหลอดเลือดสมองโดยมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นภาวะโรคอันดับหนึ่งจากโรคไม่ติดต่อ⁸ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

ตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,771 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 ของจังหวัดสมุทรสงคราม⁹ จากการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากการสังเกต พบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ทั้งสูบในปัจจุบัน และสูบเป็นประจำ ซึ่งหากผู้สูงอายุเหล่านั้นยังไม่มีการเลิกสูบบุหรี่ จะส่งผลให้โรคประจำตัวที่เป็นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาวและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้

ความรู้ ความเข้าใจ เป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ โดยบุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี¹¹ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ รวมไปถึงลดอัตราการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ในผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษาประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้สูงอายุ และพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้สูงอายุ เขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ เขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ ในเขตตำบลปลายโพรงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวอย่าง ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ เขตตำบลปลายโพรงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .08 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างในการกำหนดขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง เท่ากับ .03 ตามข้อเสนอแนะของ Polit and Beck¹⁴ ที่ว่า วิจัยทางการแพทย์สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20.00 จึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 105 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พัฒนามาจากแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของธนะวัฒน์ รวมสุก อารยา ทิพย์วงศ์ และเปรมวดี คฤหเดช¹² ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงคู่เตอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .75

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (check list) พัฒนามาจากแบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ของธนะวัฒน์ รวมสุก สุรินทร กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล¹³ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะการสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่มักสูบบุหรี่ สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การสนับสนุน/ร้องขอให้เลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .80 หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักวิจัย และพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา หนังสือรับรองเลขที่ COA. 1-042/2019 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือ และชี้แจงการ ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน คือ นักศึกษาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาและขอบเขตของ แบบสอบถามเพื่อทำความเข้าใจและเก็บ รวบรวมข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจึง เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมาย ผู้สูงอายุ ในวันที่มีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสาร ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วม ก่อนเซ็นตบ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำ ขึ้นใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ให้ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านและเขียนได้ตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่ สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและตอบตามที่ผู้สูงอายุ ตอบ จนครบจำนวนที่กำหนดไว้

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้ง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถาม

ทั้งหมด มารวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหา ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Cramer's V และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดย กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 84.40 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 67.60 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.80 จบระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีรายได้เฉลี่ย $\leq 5,000$ บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 79.00 ไม่ได้ประกอบ อาชีพ คิดเป็นร้อยละ 31.50 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 56.82 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี

ตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ บุหรี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.11 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 คะแนน และคะแนน สูงสุด เท่ากับ 10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี เท่ากับ 6.50 ± 1.90 คะแนน

เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นความรอบรู้ ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี ตามแนวคิดของ Nutbeam¹⁵ พบว่า ส่วนใหญ่

ตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี อยู่ชั้นปฏิสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 45.70 รองลงมาคือ ชั้นวิจารณ์ญาณ

คิดเป็นร้อยละ 34.30 และชั้นพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับชั้นความรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี (n=105)

| ระดับชั้นความรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ชั้นพื้นฐาน | 21 | 20.00 |
| ชั้นปฏิสัมพันธ์ | 48 | 45.70 |
| ชั้นวิจารณ์ญาณ | 36 | 34.30 |

ส่วนที่ 3 ประวัติและพฤติกรรมการสูบบุหรี

ตัวอย่าง เริ่มสูบบุหรีเมื่ออายุอยู่ระหว่างมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.01 โดยอายุที่เริ่มสูบบุหรี เท่ากับ 22.00 ± 6.21 ปี โดยอายุที่เริ่มสูบบุหรีต่ำสุด คือ 11 ปี และอายุที่เริ่มสูบบุหรีมากที่สุด คือ 35 ปี ระยะเวลาของการสูบบุหรี อยู่ระหว่าง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.30 โดยเฉลี่ย เท่ากับ 34.00 ± 16.70 ปี มีการสูบบุหรีต่อวัน อยู่ระหว่าง 10-15 มวน คิดเป็นร้อยละ 44.81 โดยเฉลี่ย 12.50 ± 5.80 มวน/วัน ตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรีมวนเอง/ยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือ บุหรีก้นกรอง คิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยสูบบุหรีทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 97.12 และไม่ได้สูบบุหรีทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 2.91 และพบว่าสาเหตุที่ทำให้ตัวอย่างสูบบุหรี อันดับแรก คือ สูบเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 56.20 อันดับที่สองคือ สูบเพราะอยากลอง คิดเป็นร้อยละ 52.41 และอันดับที่สาม คือ สูบแก้อาการง่วงนอน คิดเป็นร้อยละ 45.70 มากกว่าครั้งที่เคยเลิกบุหรีมาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 58.11 โดยเลิกได้ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 7 วัน และไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี คิดเป็นร้อยละ 41.90 โดยพบว่า วิธีที่ใช้เลิกสูบบุหรีที่

ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่อยๆ ลดจำนวนลง คิดเป็นร้อยละ 54.10 รองลงมา คือ หยุดสูบทันที คิดเป็นร้อยละ 37.70 ช่วงเวลาที่มีการสูบบุหรีพบว่า สูบหลังตื่นนอนตอนเช้า คิดเป็นร้อยละ 42.81 รองลงมาคือ สูบหลังรับประทานอาหารเสร็จ คิดเป็นร้อยละ 41.91 และสูบเมื่อเกิดความเครียด/ใช้ความคิด คิดเป็นร้อยละ 40.02 ในด้านของสาเหตุที่ไม่สามารถทำให้ตัวอย่างเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ พบว่า ติดจนชิน คิดเป็นร้อยละ 74.33 ไม่สามารถหักห้ามใจได้ คิดเป็นร้อยละ 38.11 และหงุดหงิด คิดเป็นร้อยละ 28.62 มีผู้สนับสนุน และร้องขอให้เลิกสูบบุหรี คิดเป็นร้อยละ 65.91 ได้แก่ ภรรยา/บุตร/บุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 58.90 และหมอ/พยาบาล/อสม. คิดเป็นร้อยละ 41.10

ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรีของตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรีใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 41.91 เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรีภายใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 21.00 ตั้งใจที่จะเลิกภายใน 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และลดจำนวนมวนบุหรีที่สูบลง คิดเป็นร้อยละ 23.80

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Cramer's V และ Pearson's Product Moment Correlation พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (n=105)

| ตัวแปร | r,v | |
|----------------------------|---|------|
| | ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ | p |
| เพศ ¹ | -.222 | .023 |
| อายุ ² | -.265 | .006 |
| ระดับการศึกษา ¹ | .265 | .005 |
| อาชีพ ¹ | -.252 | .010 |
| รายได้ ² | .479 | .000 |

¹ = Cramer's V, ² = Pearson's Correlation Coefficient

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว แต่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ตามแนวคิดของ Nutbeam¹⁵ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร การแยกแยะความแตกต่างของการสื่อสาร แต่ยังไม่สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูลให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีทักษะขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ และมีการรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ แต่อาจยังไม่สามารถ

นำมาวิเคราะห์และเกิดความกังวลใจเมื่อต้องเลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่มานาน 11-20 ปี (เฉลี่ย 34.00 ± 16.70 ปี) และให้เหตุผลว่า ติดจนชินทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากการศึกษาในระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจครั้งนี้ มีความขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร¹⁶ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.50 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ คล้ายคลึงกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร¹⁶ ในเรื่องปัจจัยด้านเพศและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงถึงความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยุคของผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยุคอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ตามระดับขั้นของความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมไปถึงได้ทราบถึงสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยุค ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และให้การช่วยเหลือตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการช่วยให้ผู้สูงอายุเลิกสูบบุหรี่ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้อง เหมาะสม และดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย และดร.วสิน พิพัฒน์ฉัตร และผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Aging and life course. [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 15]; Available from: <https://www.who.int/ageing/en/>.
2. Prompak C. Aging society in Thailand. [internet]. [cited 2019 Jul 10]; Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002. (in Thai).
3. National Statistical Office. Aging Society [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 15]; Available from: http://service.nso.go.th/nso/nso_publish/service/agingsociety2. (in Thai).
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Aging in Thailand. [internet]. 2017 [cited 2019 Aug 15]; Available from: <https://thaitgri.org/?cat=7>. (in Thai).
5. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline. 3rd edition. Bangkok: Active print Co., Ltd; 2011. (in Thai).
6. Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).
7. Aekplakom W. National Health Examination Survey 5. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).

8. Vateesatokit P. Tobacco and Health. Nonthaburi: Teerakan Graphic; 2016. (in Thai).
9. Department of Older Person. Aging situation. [internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]; Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1>. (in Thai).
10. Kaeodumkoeng K. Health Literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin printing and publishing public company; 2018. (in Thai).
11. Health Education Division. Health Literacy. Bangkok: New Thammada Press; 2018. (in Thai).
12. Ruamsook T, Tipwong A, Karuhadej P. Associations between health literacy and smoking cessation assistance behavior among Village Health Volunteers, Amphawa District, Samut Songkhram Province. *Journal of Public Health Nursing*. 2019;33:37-50. (in Thai).
13. Ruamsook T, Kalampakorn S, Rawiworrakul T. The effect of smoking cessation program by applying the Protection Motivation Theory in patients with hypertension. *Thai Journal of Nursing*. 2018;67(1):1-10. (in Thai).
14. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkin; 2017.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
16. Nilnate W. *Health Literacy in Thailand, Elders in senior citizens club of Bangkok [Dissertation]*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).