

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

Factors Related to Smoking Behaviors among Psychiatric Inpatients: A Study from Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric Hospital

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา^{1*}, เกษศิริพันธ์ ภูเพชร¹, นัยนันต์ เตชะวณิช¹ และ พนัสยา วรรณวิไล¹
Khwanruean Sanitwong Na Ayuttaya^{1*}, Kedsirin Phuphet¹, Naiyanan Tejavani¹ and
Pannatsaya Wannawilai¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}

(Received: October 16, 2019; Revised: January 01, 2020; Accepted: January 06, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน จำนวน 205 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตามแนวคิดของ Tomkins โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.38$, $SD=.74$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีค่าเฉลี่ยระดับมาก สูงสุด คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ($M=2.44$, $SD=.75$) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เกิดจากนิสัยความเคยชิน การมองไปในแง่ดี การมองโลกในแง่ลบ และขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ ขณะที่พักในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีอาการขาดบุหรี่ และมีวิธีหยุดความคิดด้วยตนเองเมื่ออยากสูบบุหรี่ได้ มีความต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยเหลือเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่

2. เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ($\chi^2=9.045$; $p=.01$) และจำนวนมวนการสูบต่อวัน ($\chi^2=16.600$; $p=.002$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ควรมีการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือภาวะขาดบุหรี่ ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่, ผู้ป่วยจิตเวช

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: khwan.sa@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7372878)

Abstract

This descriptive research aimed to describe smoking behaviors and to identify factors related to smoking behaviors. Sample was 205 psychiatric patients admitted to inpatient department during February to April, 2019. They were recruited by purposive and multi-stage sampling method. Instruments consisted in a demographic recording form, and a smoking-behavior questionnaire. Quality of instrument was tested by experts for its content validity and reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test. Results showed as follows.

1. Overall, smoking behaviors in psychiatric patients were at a high level ($M=2.38$, $SD=.74$). Habitual smoking behavior was shown at the highest level ($M=2.44$, $SD=.75$). They reported that their smoking behavior arose from habitual smoking, positive attitude towards smoking, negative attitude towards life, and addiction to smoking. After smoking, they had a variety of physical and psychological symptoms, and were able to manage themselves not to smoke while they were admitted to the hospital. In addition, they needed health care providers to help them stop smoking.

2. Having close friends who smoked ($\chi^2=9.045$; $p<.01$) and the number of cigarettes per day ($\chi^2=16.600$; $p<.01$) were found to be related to smoking behaviors.

Group therapy for helping smoking withdrawal, prevention of smoking recurrence, and promoting smoking abstinence should be developed.

Keywords: Smoking Behavior, Psychiatric Patients

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย แต่สร้างปัญหาต่อสุขภาพของผู้บริโภคอย่างมาก และการสูบบุหรี่ยังเป็นพฤติกรรมที่ประชาชนจำนวนมากไม่ยอมประพฤติปฏิบัติ ผลสำรวจพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของ National Statistical Office (2014) พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 20.7 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ปี 2557 กับปี 2556 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 39.0 เป็น 40.5 ผู้หญิงเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 2.1 เป็น 2.2 และได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ เรื่องบุหรี่ ในชาวไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,200 ราย ในพื้นที่ทุกภาค ของประเทศ รวม 27 จังหวัด จากผลการสำรวจข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายสูบบุหรี่ มากกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 31 - 45 ปี สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สาเหตุ ส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่ คือ อยากรอง ร้อยละ 50.3 รองลงมา คือ คลายเครียด ร้อยละ 43.8 และเพื่อนชวน ร้อยละ 31.0 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2014) ผลการสำรวจพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2560 จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน พบว่า เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้สูบนานๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.3) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.9) กลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.7) กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.1) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 9.7) แนวโน้มการการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลงไม่มาก แต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 20.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี 2558 และร้อยละ 19.1 ในปี 2560 ผู้ชายที่สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลง ร้อยละ 40.5 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 39.3 ในปี 2558 และร้อยละ 37.7 ในปี 2560 สำหรับผู้หญิงลดลง จากร้อยละ 2.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2558 และร้อยละ 1.7 ในปี 2560 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก มีผลต่อการเข้าถึง

การมีสุขภาวะที่ดีและจำนวนปีการสูญเสียสุขภาวะ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อยจาก 17.8 ปี ในปี 2557 เป็น 18 ปี ในปี 2560 (National Statistical Office, 2017) สำหรับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตรายงานสถิติ พบผู้ป่วยจิตเวชหันไปสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 50 บางคนติดอย่างหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมสูบบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 21-30 มวนต่อวัน ร้อยละ 98 เป็นผู้ชาย ทั้งนี้เพราะมองว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีความสุข เพิ่มสมาธิ ลดหิวแหว่ แต่ขณะเดียวกันสารนิโคตินจะเข้าไปลดประสิทธิภาพของยารักษา ทำให้ต้องปรับปริมาณยาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลเสียต่อการควบคุมอาการ ทำให้อาการกำเริบ ก้าวร้าว หงุดหงิด ต้องมารักษาซ้ำ (Thai Civil Rights and Investigative Journalism, 1997)

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ รวมไปถึงความผิดปกติของพฤติกรรม โดยธรรมชาติที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ พันธุกรรม และร่างกายที่เกิดจากการสืบสายเลือดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต อาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไปเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ รวมไปถึงความบกพร่องของร่างกายขณะกำเนิด ความผิดปกติทางชีวเคมี ที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือสารเสพติด รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่มีผลต่อการสร้างการหลั่งของสารเคมีในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท และสมอง (Lotrakul, Sukanich, 2018) สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ง่าย ปัจจัยทางด้านสังคม อันเกิดจากเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ รวมไปถึงภาวะแรงกดดันทางสังคมจากการใช้ชีวิต อาทิ การประสบอุบัติเหตุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากสังคมหรือถูกซ้ำเติมในปมด้อยของตนจากสังคม เป็นต้น ปัจจัยทางด้านปัญญาและจิตใจ ที่เกิดจากการขาดวิจารณญาณในการรับฟัง การพูด การกระทำ และการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงภาวะทางจิตใจที่ขาดความเข้มแข็ง และอ่อนไหวง่าย (Ruangtrakool, 2014) จากการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่และการเจ็บป่วยทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงและมักสูบบุหรี่ในปริมาณมาก มีการเสพติดนิโคตินในระดับสูงมาก และการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยตรงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มาก (Thepkhamram, 2014) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่มักพบในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชล้วนแต่สูบบุหรี่กันเกือบทุกคน เพราะวานิโคตินช่วยคลายอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น (Bangkok Dusit Medical Services, 2017)

จากการบูรณาการรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต กับการบริการวิชาการสัปดาห์สุขภาพจิต ปีการศึกษา 2560 แก่ผู้ป่วยจิตเวชหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทีมวิจัยได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 86 คน พบว่า ร้อยละ 90.70 สูบบุหรี่ สาเหตุการสูบบุหรี่เนื่องจากอยากลอง ว่างาน เครียด ตามเพื่อน ผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 27.90 มีความตั้งใจที่จะเลิก ร้อยละ 44.19 ยังลังเล และร้อยละ 27.91 ยังคงสูบบุหรี่ต่อหากมีการจำหน่าย ตามทฤษฎีชีววิทยาการสูบบุหรี่มีผลกับการหลั่งของสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ มีความสุข ตื่นตัว คลายเครียดในระยะแรก ทำให้เกิดความต้องการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียด ความวิตกกังวลอยู่เดิม นอกจากนี้ระดับนิโคตินที่จะกระตุ้น Low-Affinity Alpha-7 Nicotine Receptors ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยจึงมักใช้บุหรี่ในการควบคุมหรือจัดการอาการเจ็บป่วยบางอย่าง (Self-medication) และเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน (Phugsachart, Wisitthammassri, & Ha-upala, 2017) แม้ว่านิโคตินจะให้ผลทางบวกบ้าง แต่ผู้ป่วยก็จะได้รับสารพิษและสารก่อมะเร็งมากมายเข้าไป ด้วย ซึ่งไม่ได้ให้ผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว จากปัญหาและสิ่งที่กล่าวมาผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของซิลแวน ทอมกินส์ (Tomkins, 1966) เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในการให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดกิจกรรมบำบัดผู้สูบบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เลิกบุหรี่ในช่วงเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการที่เกิดจากภาวะขาดนิโคติน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืนต่อไป

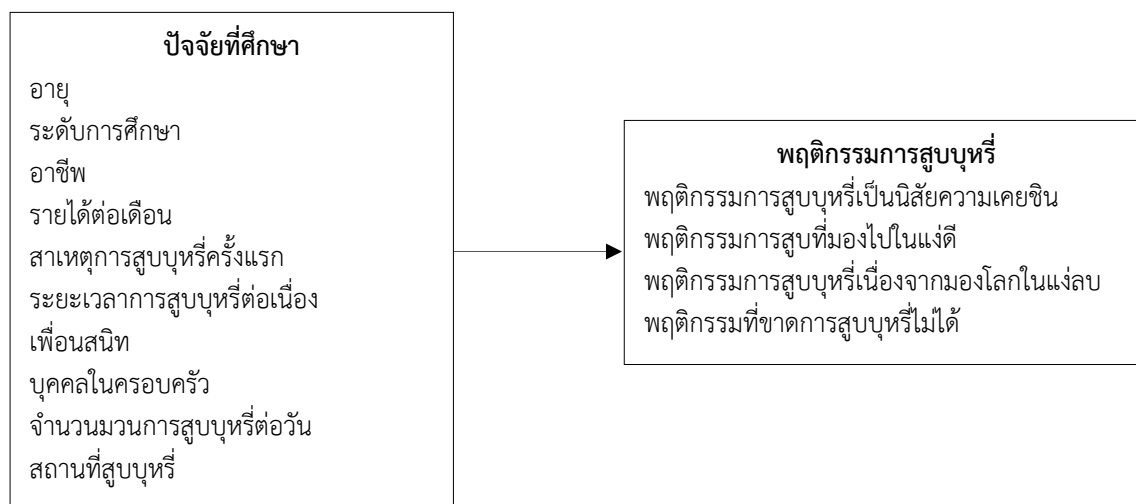
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ทบทวนงานวิจัย ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม และนำกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของซิลแวน ทอมกินส์ (Tomkins, 1966) ประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีบุหรี่ยึดติดอยู่ตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะเป็นแบบอัตโนมัติเป็นกิจวัตรที่จะต้องทำประจำวัน
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี (Positive Affect Smoking) การสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความสุขความตื่นเต้น ผ่อนคลาย และลดความเครียด สูบตามแบบอย่างของผู้ที่ตัวเองรัก เช่น ทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่
3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง สูบบุหรี่เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้รับความกดดัน เช่น เมื่อรู้สึกตื่นเต้น หวาดกลัว เศร้า เหนื่อยในการเข้าสังคม
4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking) เป็นกลุ่มติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น ช่วยลดความรู้สึกกดดัน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ตึกจามจุรี นนทรี จิตสังคมบำบัด และตึกประสาทจิตเวชศาสตร์ชาย โรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2562 จำนวน 433 คน ข้อมูลได้จากการทบทวนสถิติย้อนหลังในช่วงเวลาเดียวกัน (Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric Hospital: Medical Record Audit, 2018) ใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยใช้เกณฑ์ ICD10 F00-F99
2. เป็นผู้ป่วยประเภท 3-4 สามารถควบคุมอาการทางจิตได้
3. ให้ความสมัครใจและยินยอมตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยสามารถเซ็นยินยอมได้ เนื่องจากอาการทางจิตสงบ

4. หากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนอ่าน และให้ผู้ป่วยตอบตอบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ตึกจามจุรี นนทรี จิตสังคมบำบัด และตึกประสาทจิตเวชศาสตร์ชาย โรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2562 โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 205 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Srisatidnarukul, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการทบทวนงานวิจัยและทบทวนแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมกระสับกระส่ายของ ซิลแวน ทอมกินส์ (Tomkins, 1966) มาใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกระสับกระส่าย จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมกระสับกระส่ายเป็นนิสัยความเคยชิน จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมกระสับกระส่ายที่มองไปในแง่ดี จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมกระสับกระส่ายเนื่องจากมองโลกในแง่ลบ จำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมที่ขาดการกระสับกระส่ายไม่ได้ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 3 ระดับ จาก 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติมาก (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง (4-5 วันต่อสัปดาห์) และ 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อย (1 – 3 วันต่อสัปดาห์) การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมกระสับกระส่ายอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมกระสับกระส่ายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.67 หมายถึง พฤติกรรมกระสับกระส่ายอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกระสับกระส่าย ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการทบทวนงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มาสร้างแบบสัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อ มีแนวคำถามดังนี้ 1) ในแต่ละวัน เพราะอะไรท่านถึงกระสับกระส่าย 2) ในช่วงที่ท่านอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีอาการเนื่องจากหยุดกระสับกระส่ายอย่างไรบ้าง 3) ในช่วงที่ท่านอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ เมื่อท่านคิดอยากกระสับกระส่าย ท่านมีวิธีหยุดความคิดอย่างไร และ 4) ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลดูแลช่วยเหลืออย่างไรบ้างในขณะที่ท่านไม่ได้กระสับกระส่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการตรวจสอบ ประเมินโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence Index) ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำได้นำแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับจุดประสงค์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 1.00

เครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนที่ 2 โดยใช้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขอเก็บข้อมูล และขอพบผู้ช่วยวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงแบบสอบถาม และแบบการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กำหนดวันรับคืน เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แบบสอบถามรับคืนจำนวน 205 ฉบับ ครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทุกฉบับมีความสมบูรณ์ นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และนำข้อมูลที่วิเคราะห์เรียบร้อยแล้วเขียนรายงานการวิจัย

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview or Formal Interview) การสัมภาษณ์มีลักษณะคล้ายกับการใช้แบบสอบถาม โดยกำหนดเป็นคำถามปลายเปิด คำถามต่างๆ ได้ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว เป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดที่แน่นอนตายตัว จะสัมภาษณ์ผู้ใดก็ใช้คำถามแบบเดียวกัน (Standardized Questionnaire)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์โดยใช้สถิติไคเรสแควร์ (Chi-Square test)
4. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยการสรุป แยกเป็นประเด็น นำเสนอเป็นพรรณนาความ

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNSK 15/2561 และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 3/2562

ผลการศึกษา

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=205)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Min=13 ปี; Max=56 ปี)		
≤20ปี	62	30.24
>20 ปี	143	69.76
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	66	32.20
มัธยมศึกษาศึกษา	111	54.15
อนุปริญญาขึ้นไป	28	13.65
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	77	37.56
ธุรกิจส่วนตัว	31	15.12

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	68	33.17
ว่างงาน	29	14.15
รายได้ต่อเดือน		
≤ 6,000 บาท	108	52.68
> 6,000 บาท	97	47.32
สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ		
≤15 ปี	120	58.54
>15 ปี	85	41.46
สาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรก		
อยากลอง/เพื่อนชวน	177	86.34
เครียด/ เบื่อ	28	13.66
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง		
<10 ปี	77	37.56
10-20 ปี	84	40.98
>20 ปี	44	21.46
เพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือไม่		
สูบ	189	92.20
ไม่สูบ	16	7.80
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่		
สูบ	136	66.34
ไม่สูบ	69	33.66
ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน		
<10 มวน	102	49.76
10-20 มวน	75	36.58
>20 มวน	28	13.66
สถานที่ใดที่ท่านมักสูบบุหรี่		
ที่บ้าน	130	63.41
ร้านน้ำชา/ ที่ทำงาน	60	29.27
ทุกที่	15	7.32

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 คน มีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 69.76 จบการศึกษา ระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 54.15 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.56 รายได้น้อยกว่า 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.68 สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 58.54 สาเหตุที่สูบอยากลอง/เพื่อนชวน ร้อยละ 86.34 สูบบุหรี่ต่อเนื่อง 10- 20 ปี ร้อยละ 40.98 เพื่อนสนิทและบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.20, 66.34 ตามลำดับ สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน/วัน ร้อยละ 49.76 และสูบบุหรี่ที่บ้าน ร้อยละ 63.41

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวม และรายด้าน (n=205)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	M	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน	2.44	0.75	มาก
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี	2.13	0.82	ปานกลาง
พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ	2.36	0.80	มาก
พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้	2.37	0.74	มาก
รวม	2.38	0.74	มาก

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.38$, $SD=0.74$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ($M=2.44$, $SD=0.75$)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=205)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการสูบบุหรี่			χ^2	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ					
≤20 ปี	13(21.0)	15(24.2)	34(54.8)	2.418	.293
>20 ปี	19(13.3)	45(31.5)	79(55.2)		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9(13.6)	24(36.4)	33(50.0)	6.425	.170
มัธยมศึกษาศึกษา	15(13.5)	29(26.1)	67(60.4)		
อนุปริญญาขึ้นไป	8(28.6)	7(25.0)	13(46.4)		
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	11(14.3)	29(37.7)	37(48.1)	5.488	.483
ธุรกิจส่วนตัว	5(16.7)	5(16.7)	20(66.7)		
เกษตรกร	11(15.9)	19(27.5)	39(56.5)		
ว่างงาน	5(17.2)	7(24.1)	17(58.6)		
รายได้ต่อเดือน					
≤ 6,000 บาท	14(13.0)	33(30.6)	61(56.5)	1.230	.541
> 6,000 บาท	18(18.6)	27(27.8)	52(53.6)		
สูบบุหรี่ครั้งแรก					
≤15 ปี	15(12.4)	35(28.9)	71(58.7)	2.642	.267
>15 ปี	17(20.2)	25(29.8)	42(50.0)		
สาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรก					
อยากลอง/เพื่อนชวน	27(15.2)	52(29.24)	99(55.6)	.230	.891
เครียด/ เบื่อ	5(18.5)	8(29.6)	14(51.9)		
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง					
<10 ปี	15(19.7)	23(30.3)	38(50.0)	3.187	.527
10-20ปี	10(11.8)	27(31.8)	48(56.5)		
>20ปี	7(15.9)	10(22.7)	27(61.4)		

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการสูบบุหรี่			χ^2	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)		
เพื่อนสนิท					
สูบบุหรี่	17(11.3)	44(29.1)	90(59.6)	9.045	.010*
ไม่สูบบุหรี่	15(27.8)	16(29.6)	23(42.6)		
บุคคลในครอบครัว					
สูบบุหรี่	19(14.0)	38(27.9)	79(58.1)	1.584	.453
ไม่สูบบุหรี่	13(18.8)	22(31.9)	34(49.3)		
จำนวนมวนการสูบบุหรี่/วัน					
< 10 มวน	26(25.5)	29(28.4)	47(46.1)		
10-20 มวน	5(6.7)	24(32.0)	46(61.3)	16.600	.002*
สถานที่สูบบุหรี่					
บ้าน	16(12.3)	41(31.3)	74(56.5)		
ร้านน้ำชา/ ที่ทำงาน	13(21.7)	14(23.3)	33(55.0)	4.213	.378
ทุกที่	3(21.4)	5(35.7)	6(42.9)		

จากตาราง 3 พบว่า เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ($\chi^2=9.045$; $p<.01$) และจำนวนมวนการสูบต่อวัน ($\chi^2=16.600$; $p<.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. การสัมภาษณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.1 ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผล ถึงของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ได้แก่ เวลาว่างมากไม่รู้จักทำอะไร ผ่อนคลายขณะทำงาน ขณะนั่งพักว่างจากงาน แก้อาการเหนื่อยจากงาน เวลาดื่มสุราเคยชินต้องสูบบุหรี่คู่กัน สูบเมื่อตื่นน้ำกระต๋อม เวลาคิดอะไรไม่ออกสูบบุหรี่เพื่อใช้ความคิด หลังรับประทานอาหาร เป็นต้น

4.1.2 พฤติกรรมการสูบที่มองไปในแง่ดี ได้แก่ อายกลอง ตามเพื่อน เพื่อนชวน ถ้าไม่สูบเพื่อนไม่คบ เวลาคนอื่นสูบใกล้ ๆ การเข้าสังคม สนุกสังสรรค์กับเพื่อน เพื่อความสบายใจผ่อนคลาย กระปรี้กระเปร่า เป็นต้น

4.1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ได้แก่ เครียด ทะเลาะกับพ่อ แม่ และคนในครอบครัว รู้สึกกังวล เบื่อ เศร้า เหงา ซึม หงุดหงิด เหนื่อยกับงาน เบื่อกับงาน เป็นต้น

4.1.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ เบียร์วปาก เพราะอยากสูบบุหรี่แล้วรู้สึกดี รู้สึกโล่งสบายใจ เพราะติดเหมือนยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถเลิกได้ทันที ขาดบุหรี่ยังอารมณ์ไม่ดีขึ้นไม่หลับ เป็นต้น

4.2 ในขณะที่ท่านพักอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ที่แสดงออก อาการทางร่างกายและจิตใจที่พบ ได้แก่ รู้สึกอยากบุหรี่ยังรุนแรงกระสับกระส่าย กระวนกระวายปวดเมื่อยตามร่างกาย ตามขา อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เครียด เศร้าหดหู่ เบื่อเซ็ง ปวดมึนศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นแรง ระคายคอปากแห้งคอแห้ง เบียร์วปาก หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ อยากรับประทานอาหารขมหวาน ท้องผูก เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ที่บอกว่าหลังจากหยุดสูบบุหรี่ หายใจโล่งขึ้น รู้สึกปลอดโปร่งผ่อนคลาย

4.3 ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อมีความคิดอยากสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการเมื่อมีความคิดอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ ดมยาต้ม ตีมน้ำ ล้างหน้า รับประทานขนมหวาน ตีมน้ำหวาน นม หักห้ามใจ คิดเรื่องอื่นเพื่อให้ลืมความอยากสูบบุหรี่ หากิจกรรมทำให้เพลิดเพลิน เช่น ออกกำลังกาย เข้ากลุ่มบำบัด ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น

4.4 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้ทางโรงพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ การนำไปออกกำลังกายเข้า ยืน จัดเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว มีมะนาวให้รับประทาน หรือให้ยาอดบุหรี่ แจกลูกอม/หมากฝรั่ง มีกิจกรรมเข้ากลุ่มบ่อยๆจะได้ไม่คิดถึงบุหรี่ ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ และช่วยให้กำลังใจ เป็นต้น

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ National Statistical Office (2017) เผยผลสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่ พ.ศ.2560 พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.7) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ (Khunsi, & Sawangcharoen, 2013) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมโปรแกรมอายุระหว่างอายุ 27 - 55 ปี ส่วนใหญ่อายุ 33-36 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญปี 2540 มาตรา 43 เขียนไว้ว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับ "การศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี" ที่รัฐจะต้องจัดให้โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งตามพ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และตามรัฐธรรมนูญปี 2550 มาตรา 49 ทุกคนจึงมีสิทธิเรียนฟรีตั้งแต่ ป.1-ม.6 (Ilaw, 2016) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จึงสามารถเข้าถึงการจัดการศึกษาของภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้น้อยกว่า 6,000 บาท/เดือน สอดคล้องกับผลการศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็ก ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (Choorat, 2016) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร รายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ คือ จาก การทำงาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khunsi, & Sawangcharoen (2013) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 15 ปี สาเหตุที่สูบบหรี่บ่อย/เพื่อนชวน สูบบุหรี่ต่อเนื่อง 10- 20 ปี มีเพื่อนสนิทและบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน/วัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khunsi, & Sawangcharoen (2013) พบว่าอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.9 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Wisaprom, Palasak, Srichalee, & Khunvaradisai, 2014) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 12.4 มวน สาเหตุของการสูบบุหรี่เกิดจากอยากลอง เพื่อนชวน มีเพื่อนสนิทและบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (Chayawattanawong, 2010) และมักสูบบุหรี่ที่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุดรดิติธ์ พบว่าสถานที่สูบบุหรี่ส่วนมากสูบบุหรี่ที่บ้านร้อยละ 48.78 (Chidnayee, & Yottavee, 2018)

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีค่าเฉลี่ยระดับมาก สูงสุด คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ซึ่ง Tomkins (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้มักจะติดที่ปากตลอดเวลา จะมีบุหรืติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกดีขึ้น เกิดความมั่นใจในพฤติกรรมของตน กลุ่มนี้จะสูบบุหรี่เป็นแบบอัตโนมัติ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ได้แก่ เวลาว่างมาก ไม่รู้จะทำอะไร ผ่อนคลายขณะทำงาน ขณะนั่งพักว่างจากงาน แก้อาการเหนื่อยจากงาน เวลาดื่มสุราเคยชินต้องสูบบุหรี่คู่กัน สูบเมื่อตีสักน้ำกระเทียม เวลาคิดอะไรไม่ออกสูบบุหรี่เพื่อใช้ความคิด และหลังรับประทานอาหาร

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมพบว่า กลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาแล้วมากที่สุดคือ 1-3 ปี สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่เป็นประจำคือความเคยชิน (Pennadee, 2013)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และจำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ Department of Health (2015) กล่าวว่า มนุษย์เป็นปัจจัยแวดล้อมของบุคคลทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภคและการพบเห็น หรืออยู่ท่ามกลางผู้ที่สูบบุหรี่จะทำให้โอกาสของความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ วัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนไม่สูบบุหรี่ 3.55 เท่า (Chaikoolvatana, Sutti, & Jaimalai, 2017) และสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทและการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว (Boonsirm, Suthitivanit, & Ravisanon, 2009)

จำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ Information Center and Investigative News for Civil Rights (2017) รายงานว่า กรมสุขภาพจิตพบผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการได้ตามเป้าหมาย คือสูงกว่าร้อยละ 70 และมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาว่าผู้ป่วยจิตเวชหันไปสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 50 บางคนติดอย่างหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน/วัน สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงจากปีที่ผ่านมาเหลือเพียง 10 มวน/วัน (Phitayarungsarit, & Bpangrajaang, 2018). สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 3 (พ.ศ.2551) พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เฉลี่ย 10.3 มวนต่อวัน มากกว่าครึ่งของผู้สูบบุหรี่สูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน ผู้สูบบุหรี่ในเขตเมืองสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูบบุหรี่ในเขตชนบทเล็กน้อย โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่ในเขตเมืองสูบบุหรี่ 11.2 มวนต่อวัน ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ในเขตชนบท สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 9.8 มวน (Siriratsamee, Jambpaklaai, Siriratsamee, Gaynroht, Pornwiwatanachai, & Gontong, 2010)

4. การสัมภาษณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.1 จากการสัมภาษณ์ถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผล ถึงของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรม เป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ได้แก่ เวลาว่างมากไม่รู้จะทำอะไร ผ่อนคลายขณะทำงาน ขณะนั่งพักว่างจากงาน แก้อาการเหนื่อยจากงาน เวลาดื่มสุราเคยชินต้องสูบบุหรี่คู่กัน สูบเมื่อตื่นน้ำกระต๋อม เวลาคิดอะไรไม่ออกสูบบุหรี่เพื่อใช้ความคิด และหลังรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่ง Tomkins (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูบบุหรี่ประเภทนั้นมักจะติดที่ปากตลอดเวลา จะมีบุหรี่ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา กลุ่มนี้จะสูบบุหรี่เป็นแบบอัตโนมัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pennadee (2013) พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาแล้วมากที่สุดคือ 1-3 ปี สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่เป็นประจำคือความเคยชิน

4.1.2 พฤติกรรมการสูบที่มองไปในแง่ดี ได้แก่ อยากลอง ตามเพื่อน เพื่อนชวน ถ้าไม่สูบเพื่อนไม่คบ เวลาคนอื่นสูบใกล้ๆ การเข้าสังคม สนุกสังสรรค์กับเพื่อน เพื่อความสบายใจผ่อนคลาย กระปรี้กระเปร่า เป็นต้น ซึ่ง Tomkins (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี เป็นการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้ เกิดความสุข ผ่อนคลาย และลดความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ มีสาเหตุการเริ่มต้นการสูบบุหรี่ คือ การทำตามเพื่อนในกลุ่ม เพราะ อยากทดลองสูบ

เพราะเพื่อนชวนสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคมกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ (Suankul, 2009; Chayawattanawong 2010) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Champat, Kusol, & Sonpaveerawong (2019) พบว่า กลุ่มพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 1.8 เท่า

4.1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ได้แก่ เครียด ทะเลาะกับพ่อ แม่ และคนในครอบครัว รู้สึกกังวล เบื่อ เศร้า เหงา ซึม หงุดหงิด เหนื่อยกับงาน เบื่อกับงาน เป็นต้น ซึ่ง Tomkins (1966) กล่าวว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้รับความกดดัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่มาจากความเครียด เกิดความเครียดจึงหาทางระบายความเครียด (Suankul, 2009; Chayawattanawong 2010)

4.1.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ เปรี๊ยปาก สูบแล้วรู้สึกโล่งสบายใจ หุดสูบแล้วหงุดหงิด เพราะติดเหมือนยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถเลิกได้ทันที ขาดบุหรี่แล้วอารมณ์ไม่ดีขึ้นไม่หลับเป็นต้น ซึ่ง Tomkins (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ เป็นกลุ่มผู้ติดบุหรี่ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย ตามทฤษฎีชีววิทยาการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อการหลั่งของสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ มีความสุข ตื่นตัว คลายเครียดในระยะแรก ทำให้เกิดความต้องการสูบบุหรี่ขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียด ความวิตกกังวลอยู่เดิม นอกจากนั้นระดับนิโคตินที่จะกระตุ้น Low-Affinity Alpha-7 Nicotine Receptors ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยจึงมักใช้บุหรี่ในการควบคุมหรือจัดการอาการเจ็บป่วยบางอย่าง (Self-Medication) และเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน (Phugsachart, Wisitthammassri, & Ha-upala, 2017) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะ Nicotine Dependence ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (Satra, Wannasewok, Atsariyasing, & Luisirirojanakul, 2017)

4.2 ในขณะที่ท่านพักอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ที่แสดงออกทั้งอาการทางกายและจิตใจที่พบ ได้แก่ รู้สึกอยากบุหรี่ยาแรงกระสับกระส่าย กระวนกระวายปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เครียด เศร้าหดหู่ เบื่อเซ็ง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นแรง ระคายคอปากแห้งคอแห้ง เปรี๊ยปาก หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ อยากรับประทานขนมหวาน ท้องผูก เป็นต้น สอดคล้องกับ Campaign for Non-Smoking Campaign Foundation (2010) กล่าวว่า เมื่อเลิกสูบบุหรี่ ระดับนิโคตินในกระแสเลือดจะลดลง ก่อให้เกิดอาการขาดสารนิโคตินคือ วิตกกังวล โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ ซึ่งอาการจะมากใน 2-3 วัน โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรก จากนั้นอาการจะอาการไม่สบายจะค่อย ๆ หายไป สอดคล้องกับการศึกษาอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ในระยะ 1 เดือนแรก พบว่า ระดับความวิตกกังวล สูงสุดในวันแรก ภายใน 24 ชั่วโมง และภายใน 2 สัปดาห์ลดลงเกือบเท่าระดับก่อนลงมือเลิก ความหงุดหงิด จะสูงสุดที่ 48 ชั่วโมง กระสับกระส่าย สูงสุดที่ 72 ชั่วโมง และทั้งสองอย่างจะลดลงเท่าระดับก่อนเลิกสูบบุหรี่ภายใน 2 สัปดาห์ และความโกรธง่าย จะสูงสุดหลังเลิกสูบบุหรี่ประมาณ 48 ชั่วโมง และภายใน 72 ชั่วโมงจะลดลงเท่ากับระดับก่อนเลิกสูบ หลังจากหยุดสูบบุหรี่ไปได้ 3 สัปดาห์จนถึง 3 เดือน การไหลเวียนของเลือดในร่างกายจะดีขึ้น มีพลังงานมากขึ้นขณะทำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การเดิน การออกกำลังกาย (Ward, Swan, & Jack, 2001)

4.3 ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการ เมื่อมีความคิดอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ ดมยาต้ม ดมน้ำ ถ้ำหน้ำ รับประทานขนมหวาน ดมน้ำหวาน ดมนม หักห้ามใจ คิดเรื่องอื่นเพื่อให้ลืมความอยากสูบบุหรี่ หากิจกรรมทำให้เพลิดเพลิน เช่น ออกกำลังกาย เข้ากลุ่มบำบัด ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง สอดคล้องกับ Campaign for Non-Smoking Campaign Foundation (2010) กล่าวว่า การสูดหายใจเข้าออกลึก ๆ การผ่อนคลายจิตใจ ร่วมกับการออกกำลังกาย จะช่วยให้ปรับตัวได้ดี อาการหงุดหงิดกระวนกระวายใจหายไปเร็วขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าการทำตัวให้ไม่ว่าง หลีกเลี่ยงสิ่งที่มีประโยชน์ทำ ออกกำลังกาย ก็หา งานอดิเรก แต่ละ

ชั่วโมงที่ผ่านไปคือชัยชนะ (Ward, Swan, & Jack, 2001) ผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการเมื่อมีความคิดอยากสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความสามารถของตนเองกับการหยุดสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่าระดับของความสามารถในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในการให้คำแนะนำปรึกษากลุ่มวัยรุ่นที่มารับบริการและช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการปฏิบัติช่วยเหลือให้วัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ได้ (Heale, & Griffin, (2009)

4.4 กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ทางโรงพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ การนำไปออกกำลังกายเข้า ยืน จัดเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว หรือมีมะนาวให้รับประทาน ให้ยาอดบุหรี่ แจกลูกอม/หมากฝรั่ง มีกิจกรรมเข้ากลุ่มบ่อย ๆ จะได้ไม่คิดถึงบุหรี่ ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ และช่วยให้กำลังใจ เป็นต้น สอดคล้องกับ Campaign for Non-smoking Campaign Foundation (2010) กล่าวว่า ผลไม้หรือน้ำผลไม้รสเปรี้ยว จะช่วยขับสารนิโคตินออกจากกระแสเลือดได้เร็วขึ้น และทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้นกว่า 72 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า การพูดคุยหากำลังใจ และบอกอารมณ์ ความรู้สึก กับคนในครอบครัว หรือเพื่อน ขณะเลิกสูบบุหรี่จะช่วยได้ (Ward, Swan, & Jack, 2001) สำหรับการรักษาโรคติดบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวช มีการศึกษาพบว่าการรักษาโรคติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเวชได้ผลดีน้อยกว่าประชาชนทั่วไป แต่ในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ผลดีเท่ากัน ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้และเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงขาดทักษะในการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการใช้ยาให้นิโคตินทดแทน ที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ หมากฝรั่งนิโคติน ออกฤทธิ์ยาวนาน 16-24 ชั่วโมงไม่เหมาะกับการลดอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลัน และแผ่นแปะนิโคติน ออกฤทธิ์ระยะสั้น ออกฤทธิ์เร็วในเวลาไม่กี่นาที ช่วยลดอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันได้ แต่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ไม่กี่ชั่วโมง ทำให้ต้องใช้ยาบ่อยในแต่ละวัน ทั้งนี้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เลิกบุหรี่จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะขาดนิโคติน และเพื่อให้สามารถหยุดบุหรี่ได้ยาวนานที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่ในผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบทุกราย ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดนิโคตินและแนวทางปฏิบัติเมื่อมีอาการ ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม งดอาหารรสจัด เนื่องจากทำให้เกิดอาการเปรี้ยวปาก ควรจัดผลไม้ให้รับประทานเพิ่มความสดชื่นของร่างกาย ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย ให้คำปรึกษาพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ (Phugsachart, Wisitthammassri, & Ha-Upala, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ และยังส่งเสริมต่อการเลิกสูบบุหรี่ในขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ต้องงดสูบบุหรี่ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือภาวะขาดบุหรี่ ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ควรนำผลการวิจัยมาใช้ เช่น การสอนสุขภาพจิตศึกษาเรื่องผลกระทบการสูบบุหรี่ต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ทักษะการปฏิเสธเพื่อนสนิทเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และการให้คำปรึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยความเคยชิน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวควรทำร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยผู้ป่วยจิตเวช ในแต่ละกลุ่มโรค เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในแต่ละกลุ่มโรค ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรค
2. ควรมีการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชกับการวิจัย เช่น การศึกษาผลของการสอนสุขภาพจิตศึกษาผลกระทบการสูบบุหรี่ต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือผลการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวช

References

- Bangkok Dusit Medical Services. (2017). "Nicotine" Mental Health Break the Depression - Anxiety Blocking Drug Treatment of Psychiatric Patients. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://mgronline.com/qol/detail/9600000055503>
- Boonsirm, C., Suthitivanit, P., Ravisanon, W. (2009). Smoking Behaviors among Youth in Chiyaphum Province. *Journal of Health Science*, 3(2), 6-14. (in Thai)
- Campaign for Non-smoking Campaign Foundation. (2010). *Symptoms That Result from Smoking Cessation*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://www.thaihealth.or.th/Content/21294>
- Chaikoolvatana, C., Sutti, P., & Jaimalai, W. (2017). Smoking Behavior and Risk Factors Associated with Smoking of Early Adolescents in Phayao Province, Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 57-67. (in Thai)
- Champat, C., Kusol, K., & Sonpaveerawong, J. (2019). Factors Related to Smoking among Buddhist Monks in Muang District of Surat Thani Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 81-90. (in Thai)
- Chayawattanawong, N. (2010). *Smoking Habits of Male Students, Silpakorn University Phetchaburi IT Campus*. Bangkok: Silpakorn University. (in Thai)
- Chidnayee, S., & Yottavee, W. (2018). Factors Related with Smoking Behaviors of Youth at Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10(1), 83-93. (in Thai)
- Choorat, N. (2016). The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-Leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(1), 24-36. (in Thai)
- Department of Health. (2015). *To support Thai Children not to Smoke*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://www.thaihealth.or.th/Content/28379>.
- Heale, R., & Griffin, M. T. Q. (2009). Self-Efficacy with Application to Adolescent Smoking Cessation: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 912-8.
- Information Center and Investigative News for Civil Rights. (2017). *Schizophrenic Patients are More Smoking, Some Smoke 21-30 Cigarettes a day*. Retrieved from <https://www.tcijthai.com/news/2017/22/current/7357>
- Khunsi, P., & Sawangcharoen, K. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation in Patients with Schizophrenia. *Thai Journal of Nursing*, 62(1), 55-64. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P., (2018). *Ramathibodi Psychiatry* (4th ed). Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University. (in Thai)
- National Statistical Office. (2014). *The Smoking Situation in Thailand*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://thaipublica.org/2016/02/thaihealth-8-2-2557>
- National Statistical Office. (2017). *The Smoking Situation in Thailand*. Retrieved Jan 7, 2019 from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>
- Pennadee, P. (2013). *Factors and Smoking Behavior of Uttaradit Technological College*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://slideplayer.in.th/amp/3232168/>



- Phitayarungsarit, S., & Bpangrajaang, P. (2018). *Thailand Tobacco Consumption Statistics Report 2018*. Bangkok: Jarernmankong Printing. (in Thai)
- Phugsachart, P., Wisitthammasri, N., & Ha-upala, A., (2017). *Teaching and Learning to Control Cigarette Consumption: Psychiatric Nursing*. Bangkok: Benjapual Company. (in Thai)
- Ruangtrakool, S., (2014). *Psychiatry* (10th ed). Bangkok: Ruenkaew Printing. (in Thai)
- Satra, T., Wannasewok, K., Atsariyasing, W., & Luisirojanakul, J. (2017). Prevalence of Nicotine Dependence in Schizophrenic Patients, Siriraj Hospital, Bangkok. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 62(4), 289-298. (in Thai)
- Siriratsamee, B., Jambpaklaai, A., Siriratsamee, T., Gaynroht, P., Pornwiwatanachai, S., & Gontong, T. (2010). *Impact of Tobacco Control Policy in Thailand the 3rd National Smokers Survey 2008*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University. (in Thai)
- Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric Hospital: Medical Record Audit. (2018). *Report Inpatient Bed Occupancy Statistics in February - April 2019*. Songkhla. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research* (5th ed). Bangkok: You and I Intermedia. (in Thai)
- Suankul, P. (2009). *The Application of Step Theory to Change Behavior in Smoking Cessation of Conscription Officers in Vibhavadi- Rangsit Camp, Surat Thani*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Thai Civil Rights and Investigative Journalism. (2017). *Schizophrenia Patients are More Smoking, Some Smoke 21-30 Cigarettes a Day*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://www.tcijthai.com/news/2017/22/current/7357>
- Thepkhamram, P. (2014). *Depression Because Smoking*. Retrieved Jan 7, 2019 from <https://www.thaihealth.or.th/Content/26313>
- Tomkins, S. S. (1966). Psychological Model for Smoking Behavior. *Amer. J. Pub. Health*, 56, 17-20.
- Ward, M. M., Swan, G. E., & Jack, L. M. (2001). Self-Reported Abstinence Effects in the First Month After Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, 26(3), 311-27.
- Wisaprom, D., Palasak, S., Srichalee, S., & Khunvaradisai, N. (2014). Behavior and Intentions to Smoking Cessation of Psychiatric Patients. *Prasimahabhodi Hospital. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 9(Supplement), 176. (in Thai)