

นิพนธ์ฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย

วิทยา พิเชฐวีรชัย, พรชัย ลิทธิศรีณย์กุล, สรinya เสงี่ยมพรหม

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมะเร็งหลายชนิด บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดี และแนะนำผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ อย่างไรก็ตาม การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แพทย์และพยาบาลที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบขนาดและการกระจายของปัญหาการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางด้วยการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยจำแนกเป็นฝ่ายต่างๆ ตามโครงสร้างโรงพยาบาล ประเภทเจ้าหน้าที่ และเพศ ตามลำดับ
- ผลการศึกษา:** อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ ๖๒.๓ ของทั้งหมด พบว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวน ๑๒๐ คน และมีผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ๑๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๑ และ ๗.๓ ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ เพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การอยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรสกันหรือไม่ได้สมรสกัน และการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่ติดนิโคตินในระดับน้อย แต่มีความต้องการเลิกบุหรี่เพียงประมาณร้อยละ ๓๐ และมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ คือ ครอบครัว การควบคุมตนเอง และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่
- วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา:** ถึงแม้สัดส่วนบุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่จะอยู่ในระดับต่ำ แต่บุคลากรของโรงพยาบาลควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่บุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้แก่บุคลากรที่สูบบุหรี่ โดยการพัฒนาการเข้าถึงบริการคลินิกเลิกบุหรี่ การคัดกรองการสูบบุหรี่ และการรณรงค์เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่
- คำสำคัญ:** การสูบบุหรี่, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

วันที่รับบทความ: ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๙

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น และยังเป็นสาเหตุของมะเร็งอีกหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งในช่องปาก เป็นต้น^{๑, ๒} จากผลการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของภาระโรคประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคอันดับที่ ๒ รองจากการดื่มสุรา^๓ นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว การสูบบุหรี่ยังส่งผลเสียทางเศรษฐศาสตร์ในระดับประเทศ เนื่องจากการสูญเสียผลิตภาพการทำงาน และมีต้นทุนการบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นอีกด้วย^{๓, ๔, ๕}

บุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร มีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่คนทั่วไปในการไม่สูบบุหรี่ ทั้งในบริเวณโรงพยาบาล และที่สาธารณะ มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่^{๖-๘} แต่การศึกษาก่อนหน้าพบว่า แพทย์และพยาบาลที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่^{๙, ๑๐}

สำหรับประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ได้ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๕๓^{๑๑, ๑๒} อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ามีสัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ร้อยละ ๓.๑ - ๘.๖๘^{๑๓-๑๖} โดยผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตำแหน่งคนงาน พนักงานแปล พนักงานขับรถ มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นกลุ่มแพทย์และพยาบาล^{๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐}

สำหรับข้อมูลการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย จากการตรวจสอบสุขภาพประจำปี พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่และมีการติดยาเสพติดในระดับสูงเป็นจำนวน ๑๑๐ คน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานรักษาความปลอดภัย เวิร์กเพล ช่างซ่อมบำรุง และเวชระเบียน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยดังกล่าว ยังไม่มีข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีระดับการติดยาเสพติดในระดับอื่นๆ ดังนั้นการจัดทำวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบขนาดและการกระจายของปัญหาการสูบบุหรี่ของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการรณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย โดยสุ่มเลือกตัวอย่างจำนวน ๓,๑๖๗ คน จากทั้งหมด ๕,๕๖๔ คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยจำแนกเป็นฝ่ายต่างๆ ตามโครงสร้างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งจัดทำโดยงานวิเคราะห์อัตราค่าจ้างและระบบงาน ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ จากนั้นจึงจำแนกแต่ละฝ่าย ตามประเภทเจ้าหน้าที่ และตามเพศ ตามลำดับ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกอาสาสมัครตอบแบบสอบถามต่อไป การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสเลขที่ COA No. 300/2015 IRB No. 1261/58

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นมาจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ก่อนหน้า ได้แก่ แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ทักษะคิดและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ ของนนทรี สัจจารธรรม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๑^{๑๑} แบบสอบถามประเมินการติดยาเสพติด Fagerstrom Test for Nicotine Dependence โดยมีค่าความเที่ยงระหว่าง ๐.๕๘ - ๐.๙๑ และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง ๐.๕๕ - ๐.๗๒^{๒๐} และแบบสอบถามที่สร้างโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ^{๒๑}

ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ โดยข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ one-way ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square และใช้ logistic regression เพื่อวิเคราะห์ค่า adjusted OR

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๑,๙๗๒ คน มีผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ จำนวน ๑๒๐ คน และ ๑๔๓ คน ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ ๖.๑ และ ๗.๓ ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

	ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจุบันสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	เคยสูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ†				< 0.0๑
ชาย	๓๐๒ (๑๗.๗)	๑๑๓ (๕.๒)	๑๒๕ (๘.๕)	
หญิง	๑,๕๐๔ (๘๒.๓)	๗ (๕.๘)	๑๘ (๑๒.๖)	
ไม่ตอบ	๓	๐	๐	
อายุ‡ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	๓๖.๒ $\pm$ ๙.๘	๓๘.๙ $\pm$ ๙.๒	๓๘.๙ $\pm$ ๑๐.๑	< 0.0๑
สถานภาพสมรส†				< 0.0๑
โสด ม่าย หย่าร้าง	๙๖๓ (๕๗.๔)	๓๕ (๒.๙)	๔๕ (๓.๑)	
หรือไม่ได้อยู่กับคู่ครอง				
อยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรสกัน	๗๑๕ (๔๒.๖)	๘๒ (๗.๐)	๙๖ (๖.๘)	
หรือไม่ได้สมรสกัน				
ไม่ตอบ	๓๑	๓	๒	
โรคประจำตัว				0.๓๕
มี	๒๘๗ (๑๘.๖)	๑๙ (๑.๗)	๓๐ (๒.๑)	
ไม่มี	๑,๓๐๓ (๘๑.๔)	๙๐ (๘.๒)	๙๗ (๗.๔)	
ไม่ตอบ	๑๐๙	๑๑	๑๖	
ระดับการศึกษา†				< 0.0๑
ต่ำกว่าปริญญาตรี	๗๖๘ (๔๕)	๙๙ (๘.๒)	๑๐๙ (๗.๘)	
ปริญญาตรี	๗๘๕ (๔๖)	๒๐ (๑.๖)	๒๙ (๒.๑)	
สูงกว่าปริญญาตรี	๑๕๔ (๙)	๐	๔ (๒.๘)	
ไม่ตอบ	๒	๑	๑	
การทำงานล่วงเวลา†				< 0.0๑
มี	๑,๑๙๖ (๗๐.๒)	๙๘ (๘.๗)	๑๑๘ (๘.๕)	
ไม่มี	๕๐๗ (๒๙.๘)	๒๒ (๑.๙)	๒๑ (๑.๕)	
ไม่ตอบ	๖	๐	๔	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน† (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	๒๑,๔๘๗.๘ $\pm$ ๑๒,๗๕๖.๗	๑๖,๔๙๖.๘ $\pm$ ๔,๔๔๒.๘	๑๙,๒๘๓.๑ $\pm$ ๖,๓๔๙.๘	< 0.0๑
มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่				0.๒๗๓
มี	๓๕๓ (๒๐.๗)	๒๖ (๒.๑)	๓๗ (๒.๕)	
ไม่มี	๑,๓๕๔ (๗๙.๓)	๙๓ (๘.๒)	๑๐๓ (๗.๖)	
ไม่ตอบ	๒	๑	๓	
การดื่มสุรา†				< 0.0๑
ไม่เคยดื่ม	๑,๓๑๐ (๗๖.๙)	๒๔ (๒.๐)	๒๕ (๑.๘)	
เคยดื่ม	๒๑๒ (๑๒.๕)	๓๔ (๒.๘)	๕๕ (๔.๐)	
ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	๑๘๒ (๑๐.๗)	๖๐ (๕.๐)	๕๗ (๔.๑)	
ไม่ตอบ	๕	๒	๖	
ระดับความเครียด†				< 0.0๑
น้อย	๕๙๓ (๓๔.๘)	๕๔ (๔.๕)	๖๒ (๔.๖)	
ปานกลาง	๙๕๒ (๕๕.๙)	๕๘ (๔.๘)	๖๖ (๔.๗)	
มาก	๑๕๘ (๙.๓)	๘ (๐.๗)	๑๑ (๐.๘)	
ไม่ตอบ	๖	๐	๔	

†Chi-square ‡one-way ANOVA

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับดี โดยคะแนนของกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับข้อเท็จจริงที่ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง ๓ กลุ่มไม่ทราบ ๒ อันดับแรกคือ บุหรี่ที่มีกันกรองไม่ช่วยให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลง และกฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลแสดงเครื่องหมาย

ของเขตปลอดบุหรี่ในที่เปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

สำหรับการสำรวจทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับผู้ที่เคยสูบบุหรี่ที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงระดับความรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานะการสูบบุหรี่

	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่เคยสูบบุหรี่	ปัจจุบันสูบบุหรี่	เคยสูบบุหรี่	
ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่				0.๕
มาก (ตอบถูก ≥ ร้อยละ ๘0)	๑,๔๙๔ (๘๙.๒)	๑๐๘ (๙๑.๕)	๑๒๑ (๘๖.๕)	
น้อย (ตอบถูก < ร้อยละ ๘0)	๑๘๑ (๑0.๘)	๑0 (๘.๕)	๑๙ (๑๓.๖)	
ไม่ตอบ	๓๔	๑	๓	
ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่†				< 0.0๑
เห็นด้วย	๑,๔๙๖ (๙๕.๗)	๙๑ (๗๗.๑)	๑๑๙ (๘๘.๒)	
ไม่เห็นด้วย	๖๗ (๔.๓)	๒๘ (๒๒.๙)	๑๖ (๑๑.๘)	
ไม่ตอบ	๑๔๖	๒	๘	

†Chi-square

ข้อมูลผู้สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ก่อนเริ่มมาทำงานที่โรงพยาบาล (ร้อยละ ๙๔) โดยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณ ๑๗ ปี และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เพราะอยากทดลอง (ร้อยละ ๔๕.๙) และตามเพื่อน (ร้อยละ ๒๕.๗) สำหรับสถานที่ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่มักจะสูบบุหรี่ที่บ้าน (ร้อยละ ๘๐) รองลงมาคือที่โรงพยาบาล (ร้อยละ ๖๐)

ตำแหน่งที่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่มากที่สุด ๓ ลำดับแรกคือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย นายช่าง และคนงาน

จำนวน ๒๖ คน ๑๓ คน และ ๑๓ คน ตามลำดับ หากจำแนกตามฝ่าย พบว่า ฝ่ายการพยาบาลพบผู้สูบบุหรี่มากที่สุด จำนวน ๔๐ คน ลำดับต่อมาคือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป จำนวน ๓๐ คน

ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีระดับการตัดสินใจคิดน้อย (ร้อยละ ๘๒.๖) แต่มีเพียงประมาณ ๑ ใน ๓ เท่านั้นของผู้ที่สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และมีประมาณร้อยละ ๖๐ ของผู้ที่สูบบุหรี่ที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีประมาณ ๑ ใน ๔ ที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำใดๆ เลยเพื่อเลิกบุหรี่ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่ (จำนวน ๑๒๐ คน)

	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)		๑๗.๓ $\pm$ ๓.๘
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		๑๙.๗ $\pm$ ๙.๒
เวลาเริ่มสูบบุหรี่		
เริ่มสูบบุหรี่ก่อนมาทำงานที่โรงพยาบาล	๑๐๙ (๙๑.๐)	
เริ่มสูบบุหรี่หลังจากมาทำงานที่โรงพยาบาล	๗ (๖.๐)	
ไม่ตอบ	๔	
ปริมาณการสูบต่อวัน (มวน)		๘.๒ $\pm$ ๔.๒
สถานที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)		
บ้านตนเอง	๘๘ (๘๐.๐)	
ที่ทำงาน	๖๖ (๖๐.๐)	
ที่บ้านเพื่อน	๒๗ (๒๔.๕)	
ที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ ริมน้ำ	๕๒ (๔๗.๓)	
ไม่ตอบ	๑๐	
ระดับการติดนิโคติน		
น้อย	๙๐ (๘๒.๖)	
ปานกลาง	๑๗ (๑๕.๖)	
มาก	๒ (๑.๘)	
ไม่ตอบ	๑๑	
ความต้องการเลิกสูบบุหรี่		
มีความต้องการเลิกบุหรี่	๓๓ (๓๔.๐)	
ไม่ต้องการเลิกบุหรี่	๖๔ (๖๖)	
ไม่ตอบ	๒๓	
เคยได้รับความช่วยเหลือ หรือคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่		
จากผู้เชี่ยวชาญ	๑๔ (๑๔.๔)	
จากเพื่อน	๑๖ (๑๖.๕)	
จากบุคคลในครอบครัว	๒๓ (๒๓.๗)	
ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว	๒๒ (๒๒.๗)	
ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	๒๑ (๒๒.๗)	
ไม่ตอบ	๒๓	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่มากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ เพศชาย การดื่มสุรา และระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ถึงแม้จะพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีระดับความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโดยจะเพิ่มมาก

ที่สุดช่วงอายุ ๔๑ - ๕๐ ปี และจะเริ่มลดลงเมื่ออายุมากกว่า ๕๑ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่อยู่อาศัยกับคู่ครองทั้งที่สมรสและไม่สมรสมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่าร้าง หรือสมรสแต่ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการสูบบุหรี่

	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR [†] (95% CI)
เพศ		
หญิง	๑	๑
ชาย	๗.๕ (๓.๖ - ๑๖.๖)	๕.๖ (๒.๐ - ๑๕.๗)
อายุ		
≤ ๓๐ ปี	๑	๑
๓๑ - ๔๐ ปี	๑.๘ (๑.๑ - ๓.๐)	๑.๙ (๑.๐ - ๓.๘)
๔๑ - ๕๐ ปี	๒.๓ (๑.๓ - ๔.๐)	๒.๐ (๐.๙ - ๔.๑)
≥ ๕๑ ปี	๑.๙ (๐.๙ - ๓.๙)	๑.๑ (๐.๔ - ๒.๘)
สถานภาพสมรส		
โสด ม่าย หย่าร้าง หรือไม่ได้อยู่กับคู่ครอง	๑	๑
อยู่กับคู่ครองทั้งที่สมรสกัน หรือไม่ได้สมรสกัน	๓.๒ (๒.๑ - ๔.๗)	๒.๑ (๑.๒ - ๓.๗)
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	๕.๑ (๓.๑ - ๘.๓)	๔.๒ (๒.๒ - ๗.๙)
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	๑	๑
การทำงานล่วงเวลา		
ไม่มี	๑	๑
มี	๑.๙ (๑.๒ - ๓.๐)	๐.๘ (๐.๔ - ๑.๖)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	๑	๑
ดื่ม	๑๘.๐ (๑๐.๙ - ๒๙.๖)	๘ (๔.๒ - ๑๕.๒)
ระดับความเครียด		
น้อย	๑	๑
ปานกลาง	๐.๗ (๐.๕ - ๑.๐)	๐.๘ (๐.๔ - ๑.๓)
มาก	๐.๖ (๐.๓ - ๑.๒)	๑.๐ (๐.๓ - ๓.๐)

[†]Adjusted OR: ปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานล่วงเวลา ความเครียด และการดื่มสุรา

ข้อมูลผู้เคยสูบบุหรี่

ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่มานานมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๒ ของผู้ที่เคยสูบบุหรี่ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เลิกเพราะ สุขภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย และครอบครัว ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อย

ที่เลิกบุหรี่เพราะการรณรงค์ของโรงพยาบาลและบตลงโทษของโรงพยาบาล โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการควบคุมตนเอง ดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ แสดงข้อมูลผู้เคยสูบบุหรี่ (จำนวน ๑๔๓ คน)

	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่	
น้อยกว่า ๑ ปี	๒๐ (๑๔)
๑ - ๒ ปี	๒๒ (๑๕.๔)
มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี	๖๘ (๖๒.๒)
ไม่ตอบ	๓๓
วัตถุประสงค์ที่เลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	
สุขภาพ	๘๙ (๘๐.๒)
ประหยัดค่าใช้จ่าย	๖๖ (๕๙.๕)
ครอบครัวไม่ชอบให้สูบบุหรี่	๖๔ (๕๗.๗)
เพื่อนไม่ชอบให้สูบบุหรี่	๓ (๒.๗)
บทลงโทษที่รุนแรงของโรงพยาบาล	๓ (๒.๗)
การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	๗ (๖.๔)
ไม่ตอบ	๓๒
ปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ	
การสนับสนุนจากครอบครัว	๖๓ (๕๗.๓)
การได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ	๓ (๒.๗)
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน	๓ (๒.๗)
การควบคุมตนเอง	๔๑ (๓๗.๓)
ไม่ตอบ	๓๓

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลอื่นๆ ก่อนหน้า^{๑๔, ๑๕, ๑๗} โดยตำแหน่งที่พบว่ามีบุคลากรสูบบุหรี่มากคือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย นายช่าง และคนงาน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{๑๔, ๑๗, ๑๘}

การศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ^{๒๒} อย่างไรก็ตามผู้ที่สูบบุหรี่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ตามลำดับ

ถึงแม้จะพบว่าสัดส่วนบุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ แต่เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลจำเป็นต้องเป็นต้นแบบทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้นการรณรงค์ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในบุคลากรให้มีการสูบบุหรี่น้อยที่สุดหรือไม่มีบุคลากรของโรงพยาบาลสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่ง

จำเป็น อย่างไรก็ตาม ทั้งๆ ที่บุคลากรโรงพยาบาลปฏิบัติงานและอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร แต่พบว่าบุคลากรที่สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ ๕๐ ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่จากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ และประมาณร้อยละ ๒๒ ของผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือ อาจสะท้อนถึงการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ เช่น กันกรองบุหรี่ไม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด การเลิกบุหรี่ช่วยทำให้มีเงินออมมากขึ้น การสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลมีโทษปรับเปลี่ยน

เนื่องจากผู้เลิกบุหรี่สำเร็จส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ เช่น การให้ความรู้ อาการขาดนิโคติน เพื่อให้ครอบครัวเตรียมพร้อมรับมือ

อาการที่เปลี่ยนแปลงไปขณะเลิกบุหรี่ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ เช่น การกำจัดที่เชิบบุหรี่ การติดสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ภายในบ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีจำนวนบุคลากรที่สูบบุหรี่มากกว่าที่สำรวจได้ในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม ดังนั้นอัตราการตอบกลับของผู้ที่สูบบุหรี่อาจต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นโรงพยาบาลอาจส่งเสริมการคัดกรองการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลขณะมารับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือขณะมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะกลุ่มเพศชายที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและดื่มสุรา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
๒. Centers for Disease Control, Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Publications and Reports of the Surgeon General. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
๓. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปันกระจำง, สุนิดา ปริชาวนย์, บรรณาธิการ. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๗. สืบค้นโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).
๔. Tsai SP, Wen CP, Hu SC, Cheng TY, Huang SJ. Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan. Tob Control 2005;14 Suppl 1:i33-7.
๕. Sherman BW, Lynch WD. The relationship between smoking and health care, workers' compensation, and productivity costs for a large employer. J Occup Environ Med 2013;55:879-84.
๖. Wacker M, Holle R, Heinrich J, Ladwig KH, Peters A, Leidl R, et al. The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. BMC Health Serv Res 2013;13:278.
๗. Robbins H, Krakow M, Warner D. Adult smoking intervention programmes in Massachusetts: a comprehensive approach with promising results. Tob Control 2002;11 Suppl 2:i4-7.
๘. Venkatesh S, Sinha DN. Involvement of health professionals in tobacco control in the South-East Asia Region. Indian J Cancer 2012;49:327-35.
๙. Nicholson AK, Borland R, Davey ME, Stevens M, Thomas DP. Predictors of wanting to quit in a national sample of Aboriginal and Torres Strait Islander smokers. Med J Aust 2015;202:S26-32.
๑๐. Sivarajan Froelicher E, Thompson DR. The facts on nurses and smoking. Eur J Cardiovasc Nurs 2005;4:1-2.
๑๑. Pokhrel BR, Thankappan K, Mini GK, Sarma PS. Tobacco use among health professionals and their role in tobacco cessation in Nepal. Prev Control 2006;2:117-25.
๑๒. กองบรรณาธิการ หมอชาวบ้าน. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๙ เพิ่มพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ๑๐๐% [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.doctor.or.th/article/detail/10727>.
๑๓. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๗ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/Law/health/01law_health.pdf.

๑๔. พูลศักดิ์ วชิตรัตน์, ยุวดี ไทยสนธิ. ทักษะคิดของบุคลากรโรงพยาบาลหนองงูศรต่อนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ๒๕๕๓;๓:๑๐๘-๑๕.
๑๕. วิไลวรรณ วิริยะไชโย, อภิรดี แซ่ลิ้ม. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร ๒๕๕๙;๒๔:๒๐๕-๑๔.
๑๖. มูลนิธิเพื่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. โครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๐ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ashtailand.or.th/th/uploads/hospitalcampaign/activity/75321.pdf>.
๑๗. ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ. โครงการ ๑๒๐ ปี ศิริราชปลอดบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๒ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/2552_8_0.pdf.
๑๘. สมคิด ตีรารักษ์. การดำเนินงานโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปลอดบุหรี่ ๑๐๐% [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/365205>.
๑๙. นนทรี สัจจธรรม. ทักษะคิดและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์; ๒๕๕๖.
๒๐. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. J Bras Pneumol 2009;35:73-82.
๒๑. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). แบบสอบถาม Global Youth Tobacco Survey [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๗ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/surveyExam/Global%20Youth%20Tobacco%20Survey%20%28GYTS%29.pdf>.
๒๒. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี ๒๕๕๔ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๔ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/ES-GATS_11.pdf.

Abstract

Prevalence and associated factors of smoking among workers in a university hospital in Thailand

Wittaya Pichetweerachai, Pornchai Sithisarankul, Sarunya Hengpraprom

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Introduction: Smoking is the principal risk factor of multiple diseases and cancers. Health care workers serve as role model and advisor for patients. However, previous studies found that the workers who smoke were less likely to advise patients to quit smoking. The objective of this study was to define prevalence and associated factors of smoking among workers in a university hospital in Thailand.

Method: The cross-sectional survey was performed by collecting questionnaire from workers in a university hospital in Thailand. Samples were selected by stratified sampling method. Population was stratified by divisions, occupation and sex respectively and then samples were selected by random sampling.

Result: The response rate was 62.3%. The prevalence rate of current smoker and ex-smoker were 6.1 (120 persons) and 7.3 (143 persons), respectively. Male, education level lower than bachelor degree, living with spouse and alcohol drinking were factors associated with smoking. Although most of current smokers were mild nicotine dependence, only one-third of them decided to quit smoking and more than half of them were never counseled or advised by health professional to quit smoking. Promoting factors for smoking cessation were family support, self-control, and bad attitude to tobacco.

Discussion and Conclusion: Despite low prevalence of smoking among workers in university hospital, they should be health model for people. To promote workers to be health model, the hospital should improve accessibility to smoking cessation clinic, screening and promote hospital's smoking free policy.

Key words: Smoking, Health care worker