

การศึกษาทัศนคติ ความรู้ การตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศิริราช

Attitude, Knowledge, Self-awareness and Tobacco Smoking Behavior among Patients with Cancer
Receiving Chemotherapy at Siriraj Hospital

พลากร ศรีพูนทอง (Palakorn Sripoonthong)* วสิน จิริสานต์ (Wasin Jirisant)**
พรจิรา ปริวัชรกุล (Pornjira Pariwatcharkul)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติ ความรู้ การตระหนักรู้ในตนเอง พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด (ผู้ป่วยนอก) ณ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2558 เพื่อตอบแบบสอบถาม แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent *t*-test, Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น 95% (95%CI) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 263 ราย มีผู้ป่วยที่ยังคงบริโภคยาสูบในปัจจุบัน จำนวน 42 ราย รวมทั้งพบว่ากลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบันและไม่บริโภคยาสูบมีทัศนคติ, ความรู้ และการตระหนักรู้ในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบโดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่ามี 6 ปัจจัย ได้แก่ การเป็นเพศชาย, การมีประวัติใช้สารเสพติด, การได้รับควันยาสูบภายในบ้านและสิ่งแวดล้อม, การเจ็บป่วยโรคมะเร็งน้อยกว่า 1 ปี, ทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ และความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบ

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the attitude, knowledge, self-awareness, smoking behavior and its associated demographic and clinical factors among cancer outpatients at Siriraj Hospital. Patients who were recruited by simple random sampling from May 2015 to August 2015 completed self-rated questionnaires. Factors associated with tobacco smoking behavior were examined using descriptive statistics, Independent *t*-test, Chi-square test and binary logistic regression. Among 263 patients, the prevalence of current smoking was 16% ($n=42$). The total score of attitude towards tobacco use, knowledge about harmfulness of tobacco use, and self-awareness was significantly different among the two groups. Additionally, six factors that associated with tobacco use behavior (active smoking) by binary logistic regression were men, history of substance use, the duration of cancer (less than a year), exposed to environmental tobacco smoke, attitude toward tobacco use, and knowledge about harmfulness of tobacco use.

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทัศนคติ ความรู้

Keywords: Tobacco smoking behavior among cancer patients, Attitude, Knowledge

* นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** แพทย์ประจำศูนย์อายุรกรรมโรกระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ในปัจจุบันมีหลักฐานยืนยันว่าการบริโภคยาสูบนั้นเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น ปอด, ศีรษะและลำคอ, ภาวะเปื้อนปัสสาวะ, หลอดอาหาร, ภาวะเปื้อนอาหาร, ถุงน้ำดี, ปากมดลูก, ไต และเม็ดเลือดขาว (IARC Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 2004) รวมทั้งมีการศึกษาถึงผลของการบริโภคยาสูบภายหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็งหรือในระหว่างการรักษา พบว่า อาจเกิดผลกระทบหลายประการต่อกระบวนการรักษา ซึ่งสามารถก่ออันตรายแก่ผู้ป่วยได้ เช่น การเพิ่มโอกาสการเกิดโรคมะเร็งชนิดที่สอง, เกิดอาการกำเริบของโรค, มีความเสี่ยงต่ออัตราการรอดชีวิตและรบกวนหรือลดประสิทธิภาพของการรักษาลง ดังกรณีที่ผู้ป่วยบริโภคยาสูบก่อนเข้ารับการรักษา ส่งผลให้กระบวนการผ่าตัดมีความยากและซับซ้อนมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หลังการผ่าตัดอาจทำให้แผลหายช้าลงและทำให้มีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลทางลบต่อวิธีรังสีรักษา รวมถึงลดประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่อันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกด้วย มีงานวิจัยที่ระบุว่า การเลิกบริโภคยาสูบภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งและภายหลังการได้รับการรักษานั้นจะเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต รวมทั้งสามารถลดความเสี่ยงต่อพัฒนาการของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษาต่างๆ ลดลงส่งผลดีต่อการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Andreas et al., 2013)

การได้รับรู้ถึงโทษและอันตรายที่จะได้รับจากการบริโภคยาสูบหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการได้รับทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับหากสามารถเลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จนั้น นับว่าเป็นสิ่งสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่จะเข้ามามีบทบาทและหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแนะนำหรือช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยให้สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้ตามแนวเวชปฏิบัติ ซึ่งในหลายการศึกษา พบว่า การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เลิกบริโภคยาสูบทันทีภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งนั้น อาจส่งผลดีต่อการเลิกบริโภคยาสูบ

ได้สำเร็จในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งพบอัตราการเลิกบริโภคยาสูบภายหลังได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งค่อนข้างสูง (Vilensky, et al., 2012; Kashigar et al., 2013; Berg et al., 2013; Li et al., 2014) แต่พบบางรายงานที่ระบุว่า มีผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่แพทย์แนะนำให้เลิกบริโภคยาสูบหรือให้คำแนะนำถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคยาสูบจากบุคลากรสาธารณสุข (Burke et al., 2009; Li et al., 2014) จึงยังพบอัตราการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ประมาณร้อยละ 10.9-57.1 (Kashigar et al., 2013; Berg et al., 2013; Regan et al., 2015; Park et al., 2012; Fujisawa et al., 2014)

สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับรายงานความชุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีพฤติกรรมบริโภคยาสูบในปัจจุบัน แต่ในต่างประเทศมีรายงานว่า ผู้ป่วยที่ยังคงพฤติกรรมบริโภคยาสูบอยู่นั้นอาจไม่ทราบหรือไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ นอกเหนือจากมะเร็งปอดหรือมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (Berg et al., 2013; Park et al., 2012) ตามที่กล่าวมานั้นทำให้เห็นถึงความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคยาสูบและอัตราการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของการนำไปพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สามารถสื่อสารทั้งในแง่มุมมองของการเสริมความรู้ถึงอันตรายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป โดยสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาต่อไปได้นั้นก็คือ การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมบริโภคยาสูบของผู้ป่วยภายหลังจากการวินิจฉัยโรคมะเร็ง การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ ประสบการณ์ต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบและการเลิกบริโภคยาสูบ (Salander, 2007)

รายงานสถิติสาธารณสุข ปีพ.ศ.2557 ระบุว่าสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย คือ โรคมะเร็งและ

เนื้องอกทุกชนิด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) รวมถึงจากสถิติผู้รับบริการคลินิกเคมีบำบัดและหน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด โรงพยาบาลศิริราช ปีพ.ศ.2548-2558 พบว่า มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ทั้งนี้ปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งได้รับการระบุว่ามาจากการบริโภครายาสูบ (IARC, 2004) แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการการควบคุมการบริโภครายาสูบมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ทศวรรษ แต่ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงถึง 11.36 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงได้ในอนาคต

แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งจะมีวิทยาการที่ก้าวหน้า แต่สำหรับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเลิกบริโภครายาสูบนั้นกลับไม่ค่อยได้รับความใส่ใจจากบุคลากรสาธารณสุขเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแผนกเคมีบำบัดที่พบว่ามีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ค่อนข้างจำกัด และการบริโภครายาสูบนั้นเป็นโรคและพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำไม่ต่างจากโรคเรื้อรังทั่วไป ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภครายาสูบจนเคยชิน การติดสารนิโคตินจากสมอง และสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง, การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์, คุณภาพชีวิต และการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงมักพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีประสบการณ์ในการพยายามเลิกบริโภครายาสูบด้วยตนเองแต่ไม่ประสบความสำเร็จหลายครั้ง (Berg et al., 2013; Li et al., 2014; Schnoll et al., 2004) ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเลิกได้สำเร็จ ในปัจจุบันคลินิกเลิกบุหรี่ซึ่งขาดจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักการบำบัดด้านสุขภาพจิตช่วยในการให้คำปรึกษา และยังขาดการผสมผสานการบำบัดทางยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ (สุทัศน์, รณชัย, 2552) จะเห็นได้ว่าเหตุผลทางด้านจิตใจที่เกิดกับผู้ป่วยนั้น หากได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพก็อาจจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างตรงจุดและมีรูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภครายาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ทราบการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งทุกรายต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทย หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามได้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ซึ่งได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยด้วยใจสมัครจากเจ้าหน้าที่พยาบาลของคลินิกเฉพาะทาง (Oncology clinic) และหน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด โรงพยาบาลศิริราช ที่มารับบริการในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2558 จำนวน 263 ราย ทั้งนี้ได้รับทราบถึงกระบวนการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยวัดปริมาณก้าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก และตอบแบบสอบถาม โดยได้มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบสอบถาม มีจำนวน 6 หน้า แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติการบริโภครายาสูบ และสถานะของการบริโภครายาสูบ ซึ่งจำแนกเป็น ไม่บริโภครายาสูบ และบริโภครายาสูบปัจจุบัน (บริโภครายาสูบใน 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) และการทดสอบการเสถียรภาพนิโคติน ตอนที่ 2 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภครายาสูบ ($\alpha=0.86$) ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการบริโภครายาสูบ ($\alpha=0.91$) และส่วนที่ 3 แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง ($\alpha=0.81$)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละปัจจัยกับทัศนคติ ความรู้ การตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคนาสูบ โดยการทดสอบไคสแควร์, independent t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคนาสูบ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

มีผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 263 ราย (ตารางที่ 1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.8 และ 50.2 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.86 ± 12.95 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.1) และจบการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า (ร้อยละ 54.4) เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจ พบว่า สัดส่วนของการประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.8 และ 50.2 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 9,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 58.6) ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า ร้อยละ 52.9 มีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งทุกรายระบุว่า เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่เลิกใช้สารเสพติดแล้ว (ร้อยละ 98.1) ส่วนด้านการบริโภคนาสูบของบุคคลรอบตัวผู้ป่วย พบว่า กลุ่มที่บริโภคนาสูบปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีบุคคลรอบตัวบริโภคนาสูบ (ร้อยละ 63.4) ซึ่งมักเป็นเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 34.4) และผู้ป่วยได้รับควันยาสูบมือสองเป็นประจำภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 57.1) ในด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มเจ็บป่วยโรคมะเร็ง 54.86 ± 12.95 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งมาเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 15.10 ± 28.67 เดือน ขณะเดียวกันจากประวัติการรักษา พบว่า ร้อยละ 59.7 นอกจากได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดแล้วยังรักษาร่วมกับวิธีอื่นๆ ด้วย รวมทั้งส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 87.1) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคนาสูบและไม่บริโภคนาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	บริโภคนาสูบ	ไม่บริโภคนาสูบ		
เพศ			41.26	<0.000**
ชาย	40 (95.2)	91 (41.2)		
หญิง	2 (4.8)	130 (58.8)		
สถานภาพ			2.59	0.460
โสด	5 (11.9)	36 (16.3)		
คู่	31 (73.8)	164 (74.2)		
หย่า/แยก, หม้าย	6 (14.3)	21 (9.5)		
ระดับการศึกษา (n=262)			1.33	0.249
< ม.ปลาย/ปวช.	22 (53.7)	97 (43.9)		
≥ ม.ปลาย/ปวช.	19 (46.3)	124 (56.1)		
รายได้ต่อเดือน			0.29	0.586
≤ 9,000 บาท	23 (54.8)	86 (38.9)		
≥ 9,001 บาท	19 (45.2)	135 (61.1)		
อาชีพ			0.42	0.518
มี	19 (45.2)	112 (50.7)		
ไม่มี	23 (54.8)	109 (49.3)		
ประวัติการใช้สารเสพติด			28.35	0.001**
เคย	38 (90.5)	101 (45.7)		
ไม่เคย	4 (9.5)	120 (54.3)		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			4.252	0.039*
> 1 ปี	35 (19.0)	149 (81.0)		
< 1 ปี	7 (8.9)	72 (91.1)		
ชนิดของมะเร็ง			30.92	<0.000**
ศีรษะและลำคอ/ปอด	17 (40.5)	25 (11.3)		
Non-Hodgkin's Lymphoma	11 (26.2)	31 (14.0)		
อื่นๆ	14 (33.3)	165 (74.7)		
วิธีการรักษา			3.03	0.080
เคมีบำบัด	22 (52.4)	84 (38.0)		
> 1 วิธี	20 (47.6)	137 (62.0)		
โรคประจำตัว			0.88	0.349
มี	19 (45.2)	83 (37.6)		
ไม่มี	23 (54.8)	138 (62.4)		
สิทธิการรักษาพยาบาล			0.51	0.473
มี	38 (90.5)	191 (86.4)		
ไม่มี	4 (9.5)	30 (13.6)		
การมีคนรอบตัวบริโภคนาสูบ			4.88	0.030*
มี	27 (64.3)	101 (45.7)		
ไม่มี	15 (35.7)	120 (54.3)		
การได้รับควันยาสูบมือสอง			6.71	0.010*
เคย	26 (61.9)	89 (30.3)		
ไม่เคย	16 (38.1)	132 (59.7)		

*p<0.05 **p<0.01

ตำหรับชนิดของมะเร็งที่พบในผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 27) รองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง Non-Hodgkin's Lymphoma (ร้อยละ 16) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 13.7) รวมถึงชนิดของมะเร็งที่พบในกลุ่มบริโภคนิยมปัจจุบันมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งศีรษะและลำคอ (ร้อยละ 26.2) รองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง Non-Hodgkin's Lymphoma (ร้อยละ 26.2) และมะเร็งปอด (ร้อยละ 16.7) ทั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ III และ IV (ร้อยละ 54.8) สำหรับชนิดของมะเร็งที่มีความถี่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ผู้วิจัยจัดไว้ในกลุ่มมะเร็งชนิดอื่นๆ (ตารางที่ 2) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงการเปิดให้บริการคลินิกเลิกระบรี ฌ โรงพยาบาลศิริราช (ร้อยละ 80.2)

ตารางที่ 2 ชนิดมะเร็งที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

ชนิดของโรคมะเร็ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ*
เต้านม	71	27.0
Non-Hodgkin's Lymphoma	42	16.0
ลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่	36	13.7
หลอดลม เชนงปอดและปอด	25	9.5
Multiple Myeloma	19	7.2
ศีรษะและลำคอ	16	6.1
Leukemia	11	4.2
ปากมดลูกและมดลูก	9	3.4
อื่นๆ	43	16.3

* จำนวนเกินร้อยละ 100 เนื่องจากมีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด

ความชุกของพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ

จากการสำรวจ พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดที่มีพฤติกรรมบริโภคยาสูบปัจจุบันจำนวน 42 ราย (ร้อยละ 16) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 30.5)

ลักษณะพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ

จากประวัติการบริโภคยาสูบ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บริโภคยาสูบปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภท บุหรี่ซอง/บุหรี่ โรงงาน (ร้อยละ 92.9) ปริมาณการสูบ 11-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 54.8) และบริโภคยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 95.2) ส่วนระยะเวลาในการบริโภคยาสูบที่ผ่านมานั้น ส่วน

ใหญ่บริโภคมานานกว่า 30 ปี (ร้อยละ 69) โดยพบว่ามีอายุที่เริ่มใช้เฉลี่ย 18.24±5.93 ปี

ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยเริ่มบริโภคยาสูบครั้งแรก เพราะว่าถูกเพื่อนชักชวน/สูบตามเพื่อน (ร้อยละ 52.4) รวมทั้งกว่าร้อยละ 84 เคยพยายามเลิกบริโภคยาสูบ (เลิกสูบเป็นครั้งคราว) โดยมากใช้วิธีการเลิกด้วยตนเอง/หักดิบ (ร้อยละ 94.3) สำหรับเหตุจูงใจส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลิกบริโภคยาสูบ คือ เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น/อยากมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น (ร้อยละ 31.4) อีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ 57.1 มีอาการผิดปกติทางร่างกายและจิตใจภายหลังการเลิกบริโภคยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรู้สึกหงุดหงิด/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 65) และให้เหตุผลของการบริโภคยาสูบอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เป็นความเคยชิน (ร้อยละ 38.3), เห็นผู้อื่นหรือเพื่อนบริโภคยาสูบ จึงทำตาม (ร้อยละ 18.4) รวมถึงจิตใจในรสชาติของผลิตภัณฑ์ยาสูบและมีความรู้สึกเครียด/วิตกกังวล (ร้อยละ 15.8) ด้านการประเมินภาวะเสพติดนิโคติน พบว่าผู้ป่วยมีระดับการเสพติดนิโคตินเฉลี่ย 4.70±2.20 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางถึงสูงมาก จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 53.7) ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการเลิกบริโภคยาสูบ พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 7 ราย (ร้อยละ 16.7) เท่านั้นที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการเพราะต้องการเลิกบริโภคยาสูบ และอีกจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 47.6) ระบุว่าไม่แน่ใจและไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

ทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ

พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อการบริโภคยาสูบ (ร้อยละ 89) กล่าวคือ ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการบริโภคยาสูบมีผลเสียมากกว่าผลดี เป็นสิ่งทำลายสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรง ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลาที่มีประโยชน์ไป และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่าการสูบบุหรี่เพียงวันละ 1-2 มวน ไม่น่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการสูบบุหรี่กั้นกรอง บุหรี่ไร้ควัน บุหรี่ไฟฟ้าและบาราอู่ จะช่วยลดอันตรายต่อสุขภาพได้ แต่ประมาณร้อยละ 30 มีความเห็นว่า เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้วการ

จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ นั่นก็คงจะไม่มีประโยชน์ใดๆ ตามมา ส่วนอีกร้อยละ 26 มีความเห็นว่าคนเราไม่มีทางรู้วันตายของตนเอง แล้วจะเชื่อได้อย่างไรว่า การบริโภคยาสูบจะทำให้เราตายเร็วขึ้น ขณะที่ประมาณร้อยละ 25 เห็นด้วยว่าการบริโภคยาสูบช่วยลดความวิตกกังวลต่างๆ ได้ รวมถึงอีกกว่าร้อยละ 18 เห็นด้วยว่าการบริโภคยาสูบทำให้นุคลิกภาพดีขึ้นและมั่นใจมากขึ้น และร้อยละ 16 มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่ให้กับเพื่อนหรือคนที่เพิ่งรู้จักกันนั้นเป็นการแสดงถึงความมีน้ำใจต่อกัน

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังมีความเห็นว่าการบริโภคยาสูบมีโทษต่อคนรอบข้าง (ร้อยละ 97) เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ (ร้อยละ 88) อีกทั้งยังไม่ใช่สิ่งปกติที่ควรปฏิบัติกันโดยทั่วไปในสังคม (ร้อยละ 77) และเห็นด้วยว่าควรมีการกำหนดพื้นที่ในการบริโภคยาสูบ (ร้อยละ 94.7) สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการเลิกบริโภคยาสูบ ส่วนใหญ่นั้นเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นที่สามารถทำได้ (ร้อยละ 94.7) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดจึงควรเลิกบริโภคยาสูบ (ร้อยละ 98.8) ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถเลิกได้สำเร็จบุคลากรสาธารณสุขควรให้การช่วยเหลือ (ร้อยละ 93.2) และบุคคลที่สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จนั้นควรได้รับการยกย่องชมเชย (ร้อยละ 94.7)

นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบันและไม่บริโภคยาสูบ มีทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีแนวโน้มว่ากลุ่มไม่บริโภคยาสูบมีทัศนคติทางลบต่อการบริโภคยาสูบมากกว่ากลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบัน

ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบ

จากสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 47.5) แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่บริโภคยาสูบปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบในระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 71.4) โดยทั้งสองกลุ่มทราบว่า การบริโภคยาสูบมีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดมากที่สุด (ร้อยละ 95.1) รองลงมาคือ การบริโภคยาสูบอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากและ

ลำคอ (ร้อยละ 93.2) และสถานที่ปลอดภัยตามกฎหมาย (ร้อยละ 92.7) ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจผิดหรือไม่ทราบว่า การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยวิธีการหักดิบนั้นเป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือไม่ทราบว่า การบริโภคยาสูบอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 71.9 และ 62.7 ตามลำดับ)

นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบันและไม่บริโภคยาสูบ มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีแนวโน้มว่ากลุ่มไม่บริโภคยาสูบมีความรู้มากกว่ากลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบัน

การตระหนักรู้ในตนเอง

พบว่า ส่วนใหญ่มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.7) เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่บริโภคยาสูบส่วนใหญ่มีการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.7) แต่ผู้ป่วยที่บริโภคยาสูบปัจจุบันส่วนใหญ่มีการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.3)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองด้านรู้อารมณ์ตนเอง และด้านความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนการตระหนักรู้ในตนเองด้านประเมินตนเองได้อย่างถูกต้องมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บริโภคยาสูบปัจจุบันและไม่บริโภคยาสูบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองด้านความมั่นใจในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่บริโภคยาสูบและไม่บริโภคยาสูบ มีการตระหนักรู้ในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีแนวโน้มว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่บริโภคน้ำมันพืชมีการตระหนักรู้ในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคไขมัน

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคไขมันและบริโภคไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานไขมัน

	ค่าเฉลี่ย (S.D.)		t	p-value
	บริโภคไขมัน	ไม่บริโภคไขมัน		
อายุ	54.45 (13.51)	54.93 (12.87)	0.220	0.826
อายุเริ่มเจ็บป่วย	53.93 (13.56)	53.67 (12.83)	0.952	0.906
ความรู้	13.98 (3.52)	15.23 (3.51)	2.113	0.036*
ทัศนคติ	95.79 (9.50)	100.82 (9.80)	3.068	0.002**
การตระหนักรู้ในตนเอง ^c	135.86 (12.66)	140.92 (12.14)	2.462	0.014*

*p<0.05 **p<0.01

^aแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคไขมัน

^bแบบวัดทัศนคติต่อการบริโภคไขมัน

^cแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไขมัน

จากการหาความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่บริโภคไขมันและไม่บริโภคไขมันเทียบกับปัจจัยข้อมูลทั่วไปด้วยการทดสอบไคสแควร์ (ตารางที่ 1) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ($\chi^2=41.26, p<0.01$), ประวัติการใช้สารเสพติด ($\chi^2=28.35, p<0.01$), ชนิดของมะเร็ง ($\chi^2=10.29, p<0.01$), การมีบุคคลรอบตัวบริโภคไขมัน ($\chi^2=4.88, p=0.03$), การได้รับควันไขมันมือสองภายในบ้านและสิ่งแวดล้อม ($\chi^2=6.71, p=0.01$) และระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคหัวใจ ($\chi^2=4.25, p=0.04$)

จากตารางที่ 3 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่บริโภคไขมันมีทัศนคติต่อการบริโภคไขมัน ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคไขมัน และการตระหนักรู้ในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002, p=0.036$ และ $p=0.014$ ตามลำดับ) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่บริโภคไขมันมีทัศนคติทางลบต่อการบริโภคไขมัน รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากการบริโภคไขมัน และมีการตระหนักรู้ในตนเองมากกว่ากลุ่มบริโภคไขมัน

และจากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ การเป็นเพศชาย (OR=22.72, 95% CI=4.74, 109.05) การมีประวัติใช้สารเสพติด (OR=6.65, 95% CI=1.97, 22.44) การได้รับควันไขมันภายในบ้านและสิ่งแวดล้อม (OR=3.43, 95% CI=1.45, 8.11) ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคหัวใจน้อยกว่า 1 ปี (OR=5.54, 95% CI=1.94, 15.80) การมีทัศนคติปานกลางต่อการบริโภคไขมัน (OR=3.49, 95% CI=1.00, 12.15) และการมีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคไขมันในระดับต่ำ (OR=2.95, 95% CI=1.19, 7.31)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานไขมัน โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ตัวแปร	OR	95% CI	p-value
เพศ			
หญิง	Ref.	-	-
ชาย	22.72	4.74, 109.05	<0.000**
ประวัติการใช้สารเสพติด			
ไม่เคย	Ref.	-	-
เคย	6.65	1.97, 22.44	0.002**
การได้รับควันมือสอง			
ไม่เคย	Ref.	-	-
เคย	3.43	1.45, 8.11	0.005**
ระยะเวลาเจ็บป่วย			
> 1 ปี	Ref.	-	-
< 1 ปี	5.54	1.94, 15.80	0.001**
ทัศนคติ			
ทางลบ	Ref.	-	-
ปานกลาง	3.49	1.00, 12.15	0.050*
ความรู้			
ระดับสูง	Ref.	-	-
ระดับปานกลาง	3.76	0.75, 18.81	0.107
ระดับต่ำ	2.95	1.19, 7.31	0.020*

*p<0.05 **p<0.01 OR, odds ratio; 95% CI confidence interval.

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ยังคงพฤติกรรมบริโภคยาสูบอยู่ร้อยละ 16 ซึ่งผลการศึกษากล่าวถึงเกี่ยวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคยาสูบภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคและระหว่างการรักษาประมาณร้อยละ 10.9-20 (Berg et al., 2013; Li et al., 2014; Regan et al., 2015) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นฐานข้อมูลอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันของผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด พบว่ามี 6 ปัจจัย ได้แก่ การเป็นเพศชาย, การมีประวัติใช้สารเสพติด, การได้รับควันยาสูบภายในบ้านและสิ่งแวดล้อม, ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง,ทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ และความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบ

ผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าเพศหญิงเป็น 22.72 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ในอดีตที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชายมีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าเพศหญิง (Shin et al., 2014; Guzzo et al., 2012; Park et al., 2012)

ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดมีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดเป็น 6.65 เท่า โดยพบว่าผู้บริโภคยาสูบส่วนใหญ่เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 77.5) ซึ่งสอดคล้องกับ Park et al. (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีประวัติการดื่มสุรา 1-3 ดื่มมาตรฐานและตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อสัปดาห์ มีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่มสุรา (0.80 และ 1.22 เท่าตามลำดับ)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับควันยาสูบมือสองภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมมีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับควันยาสูบมือสองเป็น 3.43 เท่า โดยพบว่า กลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบันที่ได้รับควันยาสูบมือสองภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลรอบตัว มักเป็นเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน

ทั้งนี้ผู้ป่วยได้ระบุว่าประมาณร้อยละ 34 กลับมาบริโภคยาสูบซ้ำเนื่องจากเห็นผู้อื่น/เพื่อนสูบบุหรี่ปฏิบัติตามและร้อยละ 7.1 ให้เหตุผลว่าเป็นสิ่งสังคมยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าเหตุผลของการกลับมาสูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลา 1-6 เดือน คือ การต้องเข้าสังคมกับเพื่อน และการเห็นบุคคลอื่นสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบุหรี่ (วัชภูมิ และคณะ, 2553) รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายที่บริโภคยาสูบอยู่ มีการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติทางสังคม และเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เมื่อเพื่อนฝูงชักชวนให้สูบบุหรี่ก็ไม่กล้าที่จะปฏิเสธเพราะกลัวจะอับอายและเป็นการไม่สุภาพ จึงยากที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ (Li et al., 2014) และยังมีหลักฐานที่ระบุว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จลดลง คือ การมีบุคคลในครอบครัวบริโภคยาสูบและการใช้เวลาอยู่กับผู้บริโภคยาสูบ (Berg et al., 2013; Burke et al., 2009)

ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นระยะเวลาสั้นกว่า 1 ปี มีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากกว่า 1 ปี เป็น 5.54 เท่า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ยังบริโภคยาสูบอยู่นั้นอาจไม่ทราบถึงความเสี่ยงที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ นอกเหนือจากมะเร็งปอดหรือมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (Berg et al., 2013; Park et al., 2012) รวมถึงผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มที่ยังคงบริโภคยาสูบอยู่ส่วนใหญ่มิภาวะติดสารนิโคตินในระดับปานกลางถึงสูงมาก (ร้อยละ 53.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (Berg et al., 2013; Schnoll et al., 2004) มีข้อบ่งชี้ว่าบุคคลกลุ่มนี้มีแนวโน้มติดสารนิโคตินในระดับสูงและจะเลิกยากขึ้น การเลิกด้วยตนเองอาจไม่เพียงพอ ควรพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรับคำปรึกษาและการสนับสนุนให้เลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จ เพราะการเสพติดยาสูบเป็นโรคและพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำไม่ต่างจากโรคเรื้อรังทั่วไป และมีรายงานระบุว่า อุปสรรคสำคัญของการเลิกได้สำเร็จนั้นก็คือ ผู้ป่วยมีความคิดหรือเชื่อว่าเป็นเรื่องที่ยากและสายเกินแก้ไป

เสียแล้ว ลักษณะดังกล่าวนี้สะท้อนถึงความรู้ที่สั่นไหว เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจที่จะเลิกบริโภคน้ำตาล (Berg et al., 2013; Li et al., 2014) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าที่อาจซ่อนอยู่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ได้ และควรให้คำปรึกษาโดยเน้นย้ำให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมอธิบายถึงผลดีของการเลิก ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่าจะสามารถยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้นแม้ว่าจะเกิดโรคมะเร็งแล้วก็ตาม (U.S. Department of Health and Human Services, 2008) รวมทั้งแนะนำถึงอาการขาดนิโคติน วิธีการจัดการ และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ พบว่า กลุ่มที่ไม่บริโภคยาสูบมีทัศนคติทางลบต่อการบริโภคยาสูบมากกว่ากลุ่มบริโภคยาสูบปัจจุบันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งผู้ป่วยที่มีทัศนคติปานกลางต่อการบริโภคยาสูบ มีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางลบต่อการบริโภคยาสูบเป็น 3.49 เท่า อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติเห็นด้วยว่า การบริโภคยาสูบมีผลเสียมากกว่าผลดี และการบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในอดีต (วิลโลว์รอน, อภิรัตน์, 2006; จิตตานันท์, 2555) ขณะที่ผู้ป่วยได้รายงานถึงเหตุผลของพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นเพราะความเคยชิน, ติดใจในรสชาติของยาสูบ และเพื่อคลายความเครียด/หงุดหงิด อาจเนื่องมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะบุหรี่นั้นเป็นสารเสพติดที่สามารถหาซื้อได้ง่ายมีราคาไม่แพง ถูกกฎหมาย และอาจเข้าใจว่าเมื่อบริโภคยาสูบแล้วสามารถทำให้ลดอาการหงุดหงิดใจและคลายเครียดได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายยังคงบริโภคยาสูบอยู่ (Goldberg et al., 2002) หากจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จนั้นควรมีการสร้างการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงอันตรายของการบริโภคยาสูบ และปรับทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ ดังที่ Schwartz (1975) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้มีนั้นมีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องสามารถปฏิบัติได้จริง แต่อย่างไรก็ดี ความรู้อย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป

ส่วนทัศนคติเป็นตัวกลางที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้ที่รับรู้กับการปฏิบัติ หากมีทัศนคติที่ดี ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติไม่ดี

นอกจากนี้ การศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากการบริโภคยาสูบ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 47.5) และกลุ่มที่ไม่บริโภคยาสูบมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบในระดับต่ำ มีโอกาสเป็นผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบในระดับสูงเป็น 2.95 เท่า โดยส่วนใหญ่ทราบว่าการบริโภคยาสูบมีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด/มะเร็งช่องปาก และถลอก สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ.2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) รวมทั้งกลุ่มที่บริโภคยาสูบปัจจุบันส่วนใหญ่ยังระบุว่า การสูบบุหรี่เพียงวันละ 1-2 มวนนั้น ไม่เป็นอันตรายต่อปอดและหลอดเลือด สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ยังคงพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรืออยู่นั้น ไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคมะเร็ง อีกทั้งยังเชื่อว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งแค่เฉพาะในระบบทางเดินหายใจเพียงเท่านั้น ส่วนผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจมีความคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ปลอดภัย และยังเชื่อว่าการสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน จะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Li et al., 2014)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยวิธีการหักดิบเป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (ร้อยละ 74.1) และเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการเลิกบริโภคยาสูบมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) ซึ่งมีรายงานว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถเลิกบริโภคยาสูบด้วยตนเอง (หักดิบ) มีอัตราการกลับมาบริโภคยาสูบซ้ำถึงร้อยละ 22.3-85 (Vilensky et al., 2012; Cooley, et al., 2009; Duffy et al., 2012) สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ชี้ว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีประสบการณ์ในการพยายามเลิกบริโภคยาสูบด้วยตนเองแต่ไม่ประสบ

ความสำเร็จหลายครั้ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเคยชิน ความต้องการพึ่งพิงทางจิตใจ และการเสียดสีสารนิโคตินของสมอง โดยทั่วไปการดูแลรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบริโภคนยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา มุ่งเน้นการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แต่ก็มักพบว่าการดูแลรักษาด้วยแนวทางนี้เพียงอย่างเดียวได้ผลสำเร็จเพียงร้อยละ 15-20 เท่านั้น (Anderson, Hays, 2004; Hughes, 2000) ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือเลิกได้เพียงระยะสั้นๆ เท่านั้น แล้วก็เกิดการกลับไปบริโภคยาสูบซ้ำขึ้น ดังนั้น การดูแลรักษาแบบใช้ยาช่วยเลิกบริโภคนยาสูบจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลรักษาให้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาพบตรงกันว่า การใช้ยาช่วยเลิกบริโภคนยาสูบร่วมกับวิธีแรกสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบริโภคนยาสูบได้ถึง 2 เท่า (Hughes, 2000; Nides, 2008) ฉะนั้นการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางลบของการบริโภคยาสูบภายหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็ง อาจเป็นสิ่งจูงใจสิ่งสำคัญให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบริโภคนยาสูบสำเร็จได้ ซึ่งผู้ให้การรักษาคควรช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่มีประวัติการบริโภคยาสูบ และเน้นย้ำถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากยังมีพฤติกรรมบริโภคยาสูบอยู่ สอดคล้องกับแนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Roger's Protection Motivation Theory) โดยได้ให้ความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy Theory) (Rogers, 1975)

การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแบบวัดความรู้ และทัศนคติต่อการบริโภคยาสูบ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ ได้ จากผลการประเมินเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศิริราช ทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้ การตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บริโภคยาสูบ สามารถนำไปวางแผนเพื่อการสร้างรูปแบบหรือแนวทางการเลิกบริโภคนยาสูบให้เหมาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดให้มีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือ

ให้ผู้ป่วยเลิกบริโภคนยาสูบสำเร็จได้ในอัตราที่สูงขึ้นและลดโอกาสกลับมาบริโภคยาสูบซ้ำลงด้วย รวมทั้งยังสามารถนำไปเป็นฐานข้อมูลเพื่อการสร้างแนวทางการส่งเสริมความรู้และทัศนคติให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบ รวมถึงประโยชน์ของการเลิกบริโภคนยาสูบ และการสร้างเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการประเมินและการคัดกรองพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกราย รวมถึงควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการเพื่อการเลิกบริโภคนยาสูบได้มากขึ้น และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังมีจำกัดและศึกษาเพียงแค่นั้นในสถานที่แห่งเดียว อาจมีผลกระทบต่อการอ้างอิงถึงภาพรวมของผลการศึกษา ดังนั้นในการศึกษารุ่นต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น อาจขยายระยะเวลาการศึกษา หรือเพิ่มพื้นที่การเก็บข้อมูลให้มากขึ้น

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานั้น มีการทดลองใช้ก่อนทำการศึกษาร่วมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก ดังนั้นในการศึกษารุ่นต่อไปก่อนที่จะนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ควรทำการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นอีกครั้งโดยการทำ Pilot study เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์และถูกต้องมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนเฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อีกทั้งขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริราช รวมถึงผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จิตตานันท์ พงศ์วิรินทร์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

วิชภูมิ ทองใบ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบซ้ำของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. ว. วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ 2553; 3(3): 1-8

วิไลวรรณ วิริยะไชโย, อภิรดี แซ่ลิ้ม. พศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ว. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2549; 24(3): 205-214.

สมิต วัฒนชัยยุทธกรรม. ตำรานำบัตรรักษาผู้ติดยาเสพติด ร.พ.ชัยภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิษระอินเตอร์พริ้นติ้ง; 2544.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์; 2558.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557: Public Health Statistic 2014. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์, บรรณาธิการ. พิษภัยและการรักษาโรคติดยาสูบ. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2552.

Anderson JE, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med ClinNort Am. 2004; 88(6): 1623-41.

Andreas S, Rittmeyer A, Hinterthaler M, Huber MR.

Smoking cessation in lung cancer-achievable and effective. J Dtsch Arztebl Int. 2013; 110(43): 719-24.

Berg JC, Thomas AN, Mertens AC, Schauer GL, Pinsker EA, Ahluwalia JS, Khuri FR. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. Psychooncology. 2013; 22(4): 799-806.

Burke L, Miller LA, Saad A, Abraham J. Smoking behaviors among cancer survivors: an observational clinical study. J OncolPract. 2009; 5(1): 6-9.

Cooley ME, Sarna L, Kotlerman J, Lukanich JM, Jaklitsch M, Green SB, Bueno R. Smoking cessation is challenging even for patients recovering from lung cancer surgery with curative intent. Lung Cancer. 2009 Nov; 66(2): 218-225.

Duffy SA, Louzon SA, Gritz ER. Why do cancer patients smoke and what can providers do about it? Community Oncol. 2012; 9: 344-52.

Fujisawa D, Umezawa S, Basaki-Tange A, Fujimori M, Miyashita M. Smoking status, service use and associated factors among Japanese cancer survivors-a web-based survey. Support Care Cancer. 2014; 22: 3125-34.

Goldberg D, Hoffman A, Anel D. Understanding people who smoke and how they change: A foundation for smoking cessation in primary care, part 1. Disease-a-month. 2002; 48(6): 390-439.

Gritz ER, Nisenbaum R, Elashoff RE, Holmes EC. Smoking behavior following diagnosis in patients with stage I non-small cell lung cancer. Cancer Causes Control. 1991; 2: 105-112.



- Guzzo TJ, Hockenberry MS, Mucksavage P, Bivalacqua TJ, Schoenberg MP. Smoking knowledge assessment and cessation trends in patients with bladder cancer presenting to a tertiary referral center. *Urology*. 2012; 79: 166–171
- Hughes JR. New treatment for smoking cessation. *CA Cancer J Clin*. 2000; 50: 143-151.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2004; 83: 1-1438.
- Kashigar A, Habbous S, Eng L, Irish B, Bissada E, Irish J, et al. Social Environment, Secondary Smoking Exposure, and Smoking Cessation Among Head and Neck Cancer Patients. *Cancer*. 2013; 119: 2701-9.
- Li WH, Chan SS, Lam TH. Helping cancer patients to quit smoking by understanding their risk perception, behavior, and attitudes related to smoking. *Psychooncology*. 2014; 23: 870-7.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivation interviewing 2nd edition*. London: Guildford Press; 2002.
- Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *Am J Med*. 2008; 121(4A): S20-S31.
- Park ER, Japuntich SJ, Rigotti NA, Traeger L, He Y, Wallace RB, Malin JL, Zallen JP, Keating NL. A snapshot of smokers after lung and colorectal cancer diagnosis. *American Cancer Society*. 2012; 118(12): 3153-64.
- Regan T, Carey M, Bryant J, Waller A, Mansfield E, Sitas F, Tracey E. Prevalence and correlates of current smoking among medical oncology outpatients. *Psychooncology*. 2015; 24: 1258-64.
- Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. 1975; 91: 93-114.
- Salander P. Attributions of lung cancer: my own illness is hardly caused by smoking. *Psychooncology*. 2007; 16(6): 587-92.
- Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. *J Am Diet Assoc*. 1975; 66: 28-31.
- Schnoll RA, Rothman RL, Newman H, Lerman C, Miller SM, Movsas B, et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology*. 2004; 13: 346-58.
- Sherman E, Ridge JA, Unger M, Langer C, Goldberg M, Scott W, et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology*. 2004; 13: 346-58.
- Shin DW, Park JH, Kim SY, Park EW, Yang HK, Ahn E, et al. Guilt, censure, and concealment of active smoking status among cancer patients and family members after diagnosis: a nationwide study. *Psychooncology*. 2014; 23: 585-591.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update*. Public Health Service; 2008. p.73-142.
- Vilensky D, Lawrentschuk N, Hersey R, Fleshner NE. A smoking cessation program as a resource for bladder cancer patients. *Can Urol Assoc J*. 2012; 6(5): E167-E173.