

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ ในคลินิกช่วยเลิกยาสูบ ในกรุงเทพมหานคร

Factors affecting success in quitting smoking of clients at smoking cessation clinic in Bangkok Metropolis

จารุณี สุธรรมวงศ์* วารินี เอี่ยมสวัสดิกุล** และจินตนา ยูนิพันธุ์***

Jarunee Suthumwong, * Warinee Iemsawasdikul, ** and Jintana Yunibhand***

*หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

*Master of Nursing Science Curriculum, Sukhothai Thammathirat Open University (STOU)

**School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University (STOU)

***Thailand National Quitline

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ และอิทธิพลของปัจจัยทำนายต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเลิกยาสูบ ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการเลิกยาสูบในคลินิกช่วยเลิกยาสูบที่ส่งต่อไปศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ และความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับสูงมาก มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง มีการรับรู้อุปสรรคฯ อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.23 ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมกันทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 29.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่, ผู้รับบริการ, คลินิกช่วยเลิกยาสูบ

*นักศึกษาลัทธิสุทธ พย.ม. แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Corresponding author E-mail: jawwaw1454@gmail.com

วันที่รับบทความ: 30 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ: 27 มกราคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2568

Abstract

The objectives of this descriptive research were to examine predictive factors and effects of predictive factors on the success in quit smoking of clients at smoking cessation clinics in Bangkok Metropolis. Sample includes clients attending a smoking cessation clinic in Bangkok Metropolis who had been referred to Thailand National Quitline. A set of questionnaire includes general information, predictive factors questionnaire, and success in quitting smoking questionnaire were used as the research instrument. Data were analyzed by descriptive statistics and binary logistic regression analysis. Results revealed that the perceived risk of disease from smoking and the perceived benefits of quitting smoking were at a very high level. The perceived severity of disease from smoking, perceived self-efficacy in quitting smoking, knowledge about diseases from smoking and quitting smoking methods, and factors motivating to quit smoking were at a high level, and perceived barriers to quitting smoking was at a moderate level. The success in quitting smoking of this sample group was at 32.23%. The perceived severity of disease from smoking, perceived barriers to quitting smoking, perceived self-efficacy in quitting smoking, knowledge about diseases from smoking and quitting smoking methods, and factors motivating to quit smoking were altogether affected the success in quitting smoking and the prediction of success in quitting smoking was 29.8% ($p < .05$).

Keywords: Predictive Factors, Success in Quitting Smoking, Clients, Smoking Cessation Clinic

ความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้สูบ และก่อความเดือดร้อนกับผู้อยู่ใกล้เคียง สารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดโรคร้าย ประมาณการว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ 1 คน ทุก ๆ 6 วินาที คิดเป็นราว 6 ล้านคนต่อปี และประมาณ 600,000 คน เสียชีวิตจากบุหรี่มือสอง คาดว่าการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 8 ล้านคน ใน พ.ศ. 2573 หากไม่มีมาตรการควบคุมการระบาดของยาสูบ (World Health Organization, 2015) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่บุหรี่เปลี่ยนโครงสร้างให้มีรูปลักษณะทันสมัยเป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรูปร่างเข้ากับคนรุ่นใหม่ เช่น ปากกา แขนงี้ได้รฟ นาฬิกา ข้อมือ เป็นต้น ที่มีควันและไม่มีควัน และเปลี่ยนจากการสูดควันเป็นการสูดดมไอระเหย แต่ให้สารนิโคตินซึ่งมีคุณสมบัติให้เกิดการเสพติดมากที่สุดทุกช่วงอายุ เมื่อเทียบ

กับสารเสพติดประเภทอื่น เช่น เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา เป็นต้น นิโคตินในฆวนบุหรี่มีลักษณะเป็นเบสอิสระ แต่นิโคตินในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเกลือนิโคตินหรือนิซอลท์ (NIC salt) ซึ่งทำให้การระคายคณน้อยมาก ไม่ไอ ต่างจากบุหรืฆวนที่สูดเข้าไปครั้งแรกจะเริ่มไอ การเสพนิซอลท์หรือนิโคตินเบสอิสระเข้าสู่ร่างกายจะเป็นโรคสมองติดยาเหมือนกับยาเสพติดอื่น (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2564) ภาวะติดยาโคตินจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็น ๆ หาย ๆ ต้องได้รับการบำบัดต่อเนื่องและบันทึกในปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบันทึกรหัสโรคด้วยเสมอ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และอัมพร กรอบทอง, 2565)

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน

เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) อายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมา ได้แก่ อายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) อายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ อายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นเยาวชน มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2) กรุงเทพมหานคร มีผู้สูบบุหรี่ 1,232,467 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.60 สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 62.71 สูบบุหรี่จำนวน 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 49.50 สูบบุหรี่มวนแรกในระยะเวลา 6-30 นาที หลังจากตื่นนอน แสดงถึงภาวะติดนิโคตินรุนแรง ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarettes) แพร่หลายเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2564 คนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน (ร้อยละ 0.14) ชายไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 71,486 คน (ร้อยละ 0.26) หญิงไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 7,256 คน (ร้อยละ 0.02) ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคกลาง 47,753 คน (กระทรวงสาธารณสุข กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหลายชนิด อาทิ มะเร็งปอด มะเร็งระบบอื่น ๆ หัวใจขาดเลือดกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอด การหยุดสูบบุหรี่หนึ่งวันมีผลให้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) และอาการหัวใจวายลดลงภายใน 1-5 ปี ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงครึ่งหนึ่งภายใน 10 ปี ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งเดียวของผู้ที่ยังคงสูบต่อไปเมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี จึงมีการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบทั้งระดับนานาชาติและประเทศ แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 มีคำเป้าหมายหลักในการลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2570 ให้ไม่เกินร้อยละ 14 และเน้นให้สถานที่สาธารณะทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ (กระทรวงสาธารณสุข กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2563) การควบคุมยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้ผลระดับหนึ่ง พ.ศ. 2564 จำนวนนักสูบหน้าใหม่ลดลง ช่วงอายุ 15-19 ปี ลดจาก ร้อยละ 10 เหลือ ร้อยละ 6.2

อายุ 20-24 ปี ลดจาก ร้อยละ 18.8 เหลือ ร้อยละ 16.9 (กรุงเทพมหานคร สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด, 2564) แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ต้องดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนและลดปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ยั่งยืนโดยป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ด้วยการคัดกรองสุขภาพ และช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เช่น การให้คำปรึกษา แนะนำการปรับพฤติกรรม การเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระแสแรงจูงใจให้ประชาชนเกิดการรับรู้และร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (กระทรวงสาธารณสุข กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565) จึงมีการจัดบริการช่วยเหลือยาสูบในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ

การจัดบริการช่วยเหลือยาสูบช่วยให้มีความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ค่อนข้างต่ำ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราชมีผู้รับบริการเลิกบุหรี่สำเร็จ ประมาณ ร้อยละ 31.90 ที่เวลา 6 เดือนใกล้เคียงกับในต่างประเทศ (สนทรรศ บุษราทิจ และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ, 2555) เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยความตั้งใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่นจึงจะประสบความสำเร็จ (พรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557) ความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่จึงต้องประเมินจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 6 เดือน (สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, 2564) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปจัดบริการช่วยเหลือยาสูบให้สำเร็จมากขึ้น เนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาในบริบทของคลินิกช่วยเหลือยาสูบ และการทบทวนงานวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ชนิดา ราชวัณ และคณะ, 2559) ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ

สำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคและโรคนั้นมีความรุนแรงจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคทำให้มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค แต่จะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรม ถ้าประโยชน์มากกว่าอุปสรรค โอกาสแสดงพฤติกรรมจะมาก ถ้าได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค (ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนาวิรัตน์, 2566) ถ้ารับรู้ว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง จะรับรู้อุปสรรคลดลง และลงมือปฏิบัติพฤติกรรม (ศิริพร ชัมภลจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) การรับรู้ของบุคคลได้รับผลจากปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรทางโครงสร้าง เช่น ความรู้เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโรค

จากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ และความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเลิกยาสูบ ในกรุงเทพมหานคร

2. ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเลิกยาสูบ ในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยนี้จะศึกษาปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยร่วม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และตัวชี้แนะการกระทำ ได้แก่ สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้เร็วขึ้น ปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้จัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในการเพิ่มจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ให้มากขึ้นได้ (ภาพที่ 1)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่
4. การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่
7. สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่

ความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้รับบริการคลินิกช่วยเหลี่ยาสูบ ในกรุงเทพมหานครที่ได้รับการส่งต่อศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564-กันยายน 2565 จำนวน 257 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 231 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากจำนวนที่เหมาะสมในการวิเคราะห์การถดถอย ได้แก่ 30 เท่าของจำนวนตัวแปรทำนาย คือ 210 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549 อ้างถึงใน ยุทธ ไกรยวรรณ, 2555) และเพิ่มอีก ร้อยละ 10

เครื่องมือวิจัย เป็น แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ

2. แบบสอบถามปัจจัยทำนาย มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ (9 ข้อ) 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ (5 ข้อ) 5) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ (3 ข้อ)

การตอบใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) ให้คะแนน 5-1 สำหรับข้อความด้านบวก และ 1-5 สำหรับข้อความด้านลบ แปลผล 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย สูงมาก (4.50-5.00) สูง (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) ต่ำ (1.50-2.49) และต่ำมาก (1.00-1.49)

6) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่ (10 ข้อ) และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ (5 ข้อ) คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน แปลผล 3 ระดับจาก

คะแนนเต็ม สูง ($\geq$ ร้อยละ 80) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และต่ำ ($<$ ร้อยละ 60) และ 7) สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่

การหาคุณภาพของแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.73 - 1.00 และทดลองใช้กับผู้รับบริการคลินิกช่วยเหลี่ยาสูบบ้านพิชิตใจ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.70 - 0.91

3. แบบสอบถามความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ข้อคำถาม “ ท่านไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบททุกแบบ/ชนิด ทั้งแบบการใช้/สูบ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน.....วัน..... สัปดาห์..... เดือน.....ปี ” โดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และเกณฑ์ตัดสินว่าเลิกบุหรี่สำเร็จ คือ ผู้ตอบสามารถเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างวันที่ 10-24 เมษายน พ.ศ. 2567 จำนวน 231 ฉบับ หลังได้รับการตอบรับยินดียิ่งในการวิจัย โดยระบุในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง สำหรับผู้ตอบอายุต่ำกว่า 18 ปี มีผู้ตอบแบบสอบถาม 228 คน (ร้อยละ 98.70) เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 211 ฉบับ (ร้อยละ 91.34)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเลขที่ 28/2566 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างโดยทำจดหมายแนบไปกับแบบสอบถาม ระบุนัดอุปสรรคการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบ การส่งแบบสอบถามกลับคืนโดยใส่ซองปิดผนึกหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ การรักษาความลับของข้อมูลโดยไม่อ้างอิง

ถึงบุคคลใด ๆ การมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามเมื่อไม่พอใจ โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผลการให้บริการช่วยเหลือ
 บุหรี่ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปและความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่** กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 94.3 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 36.62 ปี (SD = 11.90) ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 33.2) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 54.0) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 33.6) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.1) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 53.6) รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 65.9) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.77) เหตุผลที่สูบบุหรี่

ครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน (ร้อยละ 34.10) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.5) จากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ (ร้อยละ 71.10) ร้อยละ 99.50 เคยเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ย 1.50 ครั้ง เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ร้อยละ 67.77 และเลิกบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ 32.23

2. **ปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่** ผู้รับบริการคลินิกช่วยเหลือยาสูบ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูงมาก มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง และมีการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 1)

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ (n = 211)

ปัจจัยทำนาย	M	SD	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	4.65	0.53	สูงมาก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	4.30	0.76	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	4.62	0.53	สูงมาก
4. การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่	2.78	1.00	ปานกลาง
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	4.04	0.88	สูง
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่	12.34	2.16	สูง
7. สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่	3.66	0.98	สูง

3. **ผลการศึกษา อิทธิพลของปัจจัยทำนายต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเหลือยาสูบ ในกรุงเทพมหานคร** พบว่า ปัจจัย

ทำนายที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 5 จาก 7 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ โดยร่วมกันทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ได้

ร้อยละ 29.8 ส่วนอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (n = 211)

ปัจจัย	B	SE	Wald	df	p-value	Exp(B)**
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	0.306	0.094	10.494	1	.001	1.358
ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่	0.253	0.099	6.543	1	.011	1.287
การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	0.218	0.105	4.285	1	.038	1.236
การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่	0.107	0.040	7.157	1	.007	1.113
สิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่	0.052	0.023	5.143	1	.023	1.054
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	-0.094	0.143	0.435	1	.510	0.910
การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	-0.121	0.067	3.222	1	.073	0.886
ค่าคงที่ (Constant)	-8.540	3.066	7.755	1	.005	0.000

* Exp(B) = Odds ratio, $R^2 = 0.298$

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ โดยร่วมกันทำนายความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 29.8 เนื่องจากผู้รับบริการในคลินิกช่วยเลิกยาสูบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระดับสูง ความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในสถานการณ์ที่แตกต่างหลากหลายจนเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ด้วยความอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรค จะเกิด

แรงจูงใจจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2564) มีความรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ความรู้มีผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลและมีผลโดยอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2566) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ เป็นการรับรู้ต่อผลของโรคที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลทางร่างกาย หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว ฐานะทางสังคมของบุคคล เมื่อรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค และแสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2566) การรับรู้อุปสรรคในการ

เลิกสูบบุหรี่ เป็นความเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลทางลบ เช่น ความยุ่งยาก ความไม่สะดวก เป็นเรื่องที่ยาก ความไม่สุขสบาย เป็นต้น ถ้ามีการรับรู้อุปสรรคน้อย จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมาก (ซวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2566) เมื่อมีการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จึงเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ เพราะรับรู้ผลด้านลบน้อย (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2564) และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นการรับรู้สภาวะทางร่างกายและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การประชาสัมพันธ์จากสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากสายด่วนเลิกบุหรี่ เพื่อนหรือครอบครัวให้เลิกสูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค (ซวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2566) สอดคล้องกับอรพินท์ ชันแข็ง และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีค่า OR สูงกว่า (adj. OR = 1.29) การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ (adj. OR = 1.11)

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ แม้การรับรู้ทั้ง 2 ด้านจะสูงมาก อาจเนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ หลังหยุดสูบบุหรี่ได้ 3 วัน สารนิโคตินจะไม่เหลือในร่างกาย ทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน เป็นช่วงวิกฤต เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย หงุดหงิด เป็นระยะที่ยากที่สุดในการเลิกบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ, 2552) ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีก เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.70 พยายามเลิกสูบบุหรี่ 1-2 ครั้ง และร้อยละ 29.80 พยายามเลิกสูบบุหรี่ 3-4 ครั้ง และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง ส่วนใหญ่

มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 33.2 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 54.0 ทำให้ต้องเข้าสังคมกับเพื่อนมักจะถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ แตกต่างจาก ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ซึ่งพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาบำบัดในคลินิกเลิกยาสูบ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาจากหลายคลินิก เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และคลินิกยาเสพติด ส่งผลให้มีแรงจูงใจ ในการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มาจากคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า และมีการรับรู้ มีแรงจูงใจ และความรู้มากกว่าคนที่ใช้ที่มาจากคลินิกยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเพิ่มการรณรงค์ในเชิงรุกมากขึ้น โดยเน้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เรื่องโรคจากบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคจากบุหรี่ การลดอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

2. ควรทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

3. ควรจัดทำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคจากบุหรี่ ลดอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2563, 18 พฤศจิกายน). *คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ เห็นชอบยกร่างแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565- 2570 ชูประเด็น “ ก้าวสู่สังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน ”*.
<https://ddc.moph.go.th/dtb/news.php?news=15693&deptcode=dtb>
- กระทรวงสาธารณสุข กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ.2565 - 2570*. อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กรุงเทพมหานคร สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2564). *คู่มือการปฏิบัติงานสำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด*.
<https://shorturl.asia/89WDJ>
- ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวณีย์ เสนารัตน์. (2566). การพยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล* (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 14, น.18- 22). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชนิดา ราชวัณ, กุสุมา คุวัฒนะสัมฤทธิ์, และอรสา พันธักดี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 2-16.
- พรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 36-44.
- ยุทธ ไกรยวรรณ. (2555). *หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. (2553). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2564). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4, น. 12-1 - 12-62). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริพร ชัมภลขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี. (บ.ก.). (2555). *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สนทรรศ บุษวาที และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 305-312
- สมนึก สกลหงส์โสภณ. (2564). โรคระบาดใหม่ จากบุหรี่ไฟฟ้า. *วารสารก้าวหน้าวิจัยกับศจย*, 12(1), 7-11.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และอัมพร กรอบทอง. (บ.ก.). (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สันทวิกิจพริ้นติ้ง.

- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์, เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). *พิษภัยและการรักษาโรคติดยาสูบ = Toxicity & management of tobacco dependence*. สหประชาพานิชย์.
- อรพินท์ ชันแข็ง, สมสมัย รัตนกริธากุล, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 160-172.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Chales B. Slack.
- World Health Organization. (2015). *Report on the global tobacco epidemic, Raising taxes on tobacco*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/178574/9789240694606_eng.pdf?sequence=1