



ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Predictors of Short-Term Smoking Cessation among Patients With Chronic Diseases

ณัฏฐิยา การมย์ พย.ม.* Nanthiya Karom M.N.S.*
 สุนิดา ปรีชาวงษ์ Ph.D.** Sunida Preechawong Ph.D.**

บทคัดย่อ

การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการควบคุมยาสูบและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปอาจทำให้อาการของโรคทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การศึกษาแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้าต่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 150 คน ซึ่งได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรมและได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ แบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ (OR = 1.03; 95%CI = 1.01-1.05, $p < 0.003$) ความวิตกกังวล (OR = 0.86; 95%CI = 0.74-.99, $p < 0.033$) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน (6-30นาทีก) (OR = 4.38; 95%CI = 1.57-12.23, $p < 0.005$) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (OR = 0.11; 95%CI = 0.02-0.55, $p < 0.007$) และการสนับสนุนทางสังคม (OR = 1.10, 95% CI = 1.01-1.20, $p < 0.029$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Graduate Student Chulalongkorn University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University



Abstract

Assisting in quit smoking is one of the important strategies in tobacco control and also a critical component in caring for patients with chronic diseases. If these patients continue to smoke, they have higher risks of disease complications and death. The purpose of this study was to determine the factors that predict short-term success in smoking cessation among patients with chronic diseases. One hundred and fifty patients being treated in medical units and receiving cessation counseling were purposively selected from three general hospitals. Research instruments were five self-reported questionnaires consisting of a demographic and smoking data questionnaire, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), The ENRICH Social Support Questionnaire, the perceived self-efficacy questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Data were analyzed using Pearson's product moment correlation, Chi-square and Logistic regression analysis.

The results of study

The significant predictors of short-term success in smoking cessation were the patients' perceived self-efficacy (OR = 1.03; 95%CI = 1.01-1.05, $p < 0.003$), anxiety (OR = 0.86; 95%CI = 0.74-0.99, $p < 0.033$), longer time to first cigarette after waking (6–30 min) (OR = 4.38; 95%CI = 1.57-12.23, $p < 0.005$), number of cigarettes used per day (OR = 0.11; 95%CI = 0.02-0.55, $p < 0.007$), and social support (OR = 1.10; 95% CI = 1.01-1.20, $p < 0.029$). The results could be applied for nursing interventions in order to help the smokers with chronic diseases quit smoking, which could yield the reduction of complications and hospital readmissions as well as promote an increase in the quality of life.

Key Words : Predictors, Short-term Smoking Cessation, Patients with Chronic Diseases

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรัง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการดำเนินการควบคุมยาสูบที่เหมาะสม จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ใน ค.ศ.2030 (WHO, 2012) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันในปัจจุบัน ร้อยละ 24.0 หรือ 13 ล้านคน (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ, 2555) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2551-2552 ด้วยการตรวจร่างกาย โดยสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรค

เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ายังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังสูบบุหรี่ต่อไป อาจทำให้เกิดอาการของโรคทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการควบคุมยาสูบและยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Wu & Sin, 2011) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่หยุดสูบบุหรี่จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบ



บุหรีเป็นเวลา 1 ปี จนกระทั่งเวลาผ่านไป 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี ส่วนในผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ การหยุดสูบบุหรีจะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันลงอย่างมาก (Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005) เป็นต้น

ประเทศไทยในฐานะภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบเป็นหนึ่งในแปดยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรีเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรีและครอบครัวในคลินิกต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวัน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) การรักษาโรคติดบุหรีและการส่งเสริมให้เลิกบุหรีหรือเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ต้องพิจารณาปัจจัยหลายประการ เพื่อจะได้ให้บริการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับผู้สูบบุหรี ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรีจึงมีความสำคัญ ซึ่งนอกจากจะนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการ/โปรแกรมช่วยให้เลิกสูบบุหรีแล้ว บุคลากรวิชาชีพสุขภาพยังสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าววางแผนให้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรีได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรียังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด เช่น การศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี ได้แก่ ความตั้งใจในการพยายามเลิกบุหรี จำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี การลดหรือเลิกสูบบุหรีอย่างฉับพลันและไม่มีความเครียด (Jetiyanuwatr, 2001) ส่วนการศึกษาในข้าราชการกองทัพเรือของ น.ท.หญิง สินีขุ ศิริวงศ์ (Sineenuch Siriwong, 2011) พบว่า ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี การสนับสนุนจากครอบครัว และกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการเลิกสูบบุหรีเป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรีที่มีนัยสำคัญ เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อช่วยรักษาโรคติดบุหรีอย่างกว้างขวาง อาทิ มีการสนับสนุนการบริการ

เลิกบุหรีโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคาดว่า ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรีได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรีมวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรีได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรีมวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า กับการเลิกสูบบุหรีได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนมวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรีมวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวล/ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรีในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรีมวนแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรีในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้น หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันก่อนวันประเมินผล ที่ระยะเวลาติดตามสองเดือนภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการจากการทบทวนงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยพบว่า ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรก ภายหลังตื่นนอนและจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะเครียด/ซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 3 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 จังหวัดระยอง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample size ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (Ong et al., 2005) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ขนาดของความ

สัมพันธ์ของตัวแปร เท่ากับ 0.25 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 134 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรที่ดีผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ อายุ

ระหว่าง 20 – 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ยังคงสูบบุหรี่และได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 13 ข้อและแบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ

2. แบบประเมินภาวะติดนิโคติน ใช้แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาฬสาธกกิจ (2552) จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ติดนิโคตินระดับต่ำ (<4 คะแนน) ติดนิโคตินระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และติดนิโคตินระดับสูง (7-10 คะแนน)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมโดย จิราภรณ์ นิยมกฤษ (2548) จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ คือ จูงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก (0 คะแนน) - ไม่จูงใจเลย (3 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (0-28 คะแนน) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง (29-38 คะแนน) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง (39-48 คะแนน)

4. แบบประเมินความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) จำนวน 14 ข้อ ข้อนี้เป็นคำถามความวิตกกังวล ส่วนข้อคู่เป็นคำถามความซึมเศร้า เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (0-7 คะแนน) เริ่มมีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (8-10 คะแนน) มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้าสูง (11-21 คะแนน)

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถาม The ENRICH Social Support



ของ Vaglio, *et al.*, (2004) ซึ่งผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1 คะแนน) - ตลอดเวลา (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนน คือ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (1-10 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (11-20 คะแนน) และการสนับสนุนทางสังคมสูง (21-30 คะแนน) เครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม The ENRICH Social Support ของ Vaglio, *et al.*, (2004) ที่ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย ได้รับการทำ Back translation และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จากนั้นได้ขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุดโดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความถาม เป็นเวลา 2 เดือนครึ่ง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 3 ข้อ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 เดือน หรือในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นเวลา 1 เดือน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม

2555 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2556 จนได้ข้อมูลครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.30) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 52.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.70) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.60) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.30) และมีร้อยละ 58 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท

ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปี (ร้อยละ 72.70) โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 17.43 มวนต่อวัน (SD = 12.19) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน โดยเฉลี่ยจะสูบบุหรี่ภายใน 6-30 นาที (SD = 0.77) แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ คือ คนในครอบครัว ตนเอง และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เมื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 71 คน (ร้อยละ 47.30) ระบุว่า 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีก 79 คน (ร้อยละ 52.70) ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคซึ่งเป็นผลจากการที่ยังสูบบุหรี่อยู่ เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงคิดเลิกสูบบุหรี่เองเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Berndt *et al.*, (2012)

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่แรก แต่การนอนพักรักษาตัวในครั้งนี้ทำให้ต้องอดบุหรี่ เพราะนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของโรงพยาบาล ร่วมกับการคิดอยากเลิกสูบบุหรี่เองจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ทำให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Myung *et al.*, (2007) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 11-15 มวนต่อวัน และ ≥ 16 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ น้อยกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวันคิดเป็น 0.24 และ 0.19 เท่า

อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากนิโคตินเป็นสารประกอบในบุหรี่ที่ทำให้ติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดนิโคติน หากมีการติดนิโคตินในระดับต่ำจะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายและสำเร็จมากขึ้น พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 6-30 นาที มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 2.92 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Foulds *et al.*, (2006) ที่ติดตามผู้สูบบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ที่ระยะ 1 และ 6 เดือน พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน >30 นาที เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.88 เท่า

นอกจากนี้ พบว่าจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนรวดเร็วกว่าคนทั่วไป การเลิกสูบบุหรี่เป็นอีกวิธีที่จะช่วยลดการเกิดการเจ็บป่วยลงได้ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่งที่เคยมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ≥ 2 ครั้ง (ร้อยละ 43.30) และผู้ป่วยบางคนที่ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 32.70) สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ไม่ต่างกันในแต่ละกลุ่ม เป็นเพราะผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย และกลัวการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ จึงตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ขณะเกิดการเจ็บป่วยและเลิกได้สำเร็จ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) ที่พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 1 หรือ 2 ครั้ง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สูงกว่าผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็น 2.99 เท่า อย่างไรก็ตามจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะบอกถึงความตั้งใจ มุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยด้านสรีรวิทยาจิตวิทยาสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้รับรู้ว่าการกำเริบของโรคในครั้งนี้ เกิดจากการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ทำให้มีความตั้งใจและมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างแน่นอน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูง มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จคิดเป็น 6.17 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKenzie *et al.*, (2004) ที่พบว่าผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 9.8 เท่า และ Ong *et al.*, (2005) พบว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ทันทีของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง คิดเป็น 7.19 เท่า

ในการทำงานเดียวกัน พบว่าเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ระดับนิโคตินในกระแสเลือดจะลดลง ก่อให้เกิดอาการขาดนิโคติน ได้แก่ วิดกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย และกระสับกระส่าย แต่ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง หากไม่มีการสูบบุหรี่ อาการต่างๆ เหล่านี้จะค่อยๆ ลดลง และมีอาการเหล่านี้เท่ากับระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่เมื่อเวลาผ่านไป 10-14 วัน ดังนั้นการไม่มีความวิตกกังวลมีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ร้อยละ 87.30) สอดคล้องกับการศึกษาของ Helgason *et al.*, (2004) พบว่าการไม่มีภาวะเครียด/ความรู้สึกซึมเศร้าของผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดน ที่ได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline เป็นเวลา 1 ปี เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.7 เท่า ส่วนความซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ใน



ระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ในระยะสั้นนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.90) ไม่มีความซึมเศร้า อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลและซึมเศร้ามักเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ ภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ทำให้

ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการสูบบุหรี่ ดังนั้น การไม่มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ปัจจัย	การเลิกสูบบุหรี่ ในระยะสั้น						df	χ^2
	รวม		สำเร็จ		ไม่สำเร็จ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}$ = 24.34 SD = 5.39)							2	2.94
สูง	113	75.30	58	81.70	55	69.60		
ปานกลาง	34	22.70	12	16.90	22	27.80		
ต่ำ	3	2.00	1	1.40	2	2.60		
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($\bar{X}$ = 17.43 SD = 12.19)							3	3.98
≤10 มวน	59	39.30	22	31.00	37	46.80		
11-20 มวน	53	35.30	29	40.80	24	30.40		
21-30 มวน	19	12.70	10	14.10	9	11.40		
> 30 มวน	19	12.70	10	14.10	9	11.40		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน							2	11.65*
ภายใน 5 นาที	83	55.30	31	43.70	52	65.80		
6 - 30 นาที	40	26.70	28	39.40	12	15.20		
> 30 นาที	27	18.00	12	16.90	15	19.00		
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่							2	2.04
ไม่เคย	48	32.00	26	36.60	22	27.90		
เคย 1-2 ครั้ง	61	40.70	29	40.80	32	40.50		
เคย > 2 ครั้ง	41	27.30	16	22.60	25	31.60		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X}$ = 42.86 SD= 23.98)							2	27.17*
สูง	53	35.30	39	54.90	14	17.70		
ปานกลาง	18	12.00	10	14.10	8	10.10		
ต่ำ	79	52.70	22	31.00	57	72.20		
ความวิตกกังวล ($\bar{X}$ = 5.33 SD = 3.73)							1	13.49*
ไม่มี	110	73.30	62	87.30	48	60.80		
มี	40	26.70	9	12.70	31	39.20		



ปัจจัย	การเลิกสูบบุหรี่ ในระยะสั้น						df	χ^2
	รวม		สำเร็จ		ไม่สำเร็จ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
มี	42	28.00	15	21.10	27	34.20		

* $p < .05$

อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่คัดสรรกับการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติการถดถอยแบบโลจิสติก (Logistic Regression) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Coefficient of Correlation) พบว่าสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวไปวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity)

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เมื่อนำปัจจัยที่คัดสรรทั้งหมด เข้าในสมการด้วยวิธี Enter พบว่าปัจจัยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถูกต้องร้อยละ 37.60 ($R^2 = .376, p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละปัจจัย พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล อภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม นอกเหนือจากวิธีการบำบัดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรือมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เองแล้ว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Lancaster *et al.*, 2000, Helgason *et al.*, 2004) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการ

สนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้ เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.10 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Helgason *et al.*, (2004) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว/สังคมเป็นปัจจัยทำนายซึ่งทำให้ผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดนซึ่งได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มเป็น 3.1 เท่า นอกจากนี้จากการสำรวจงานวิจัยของ National Health Interview Survey (2005) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 25 ขณะที่วิธีอื่นๆ เช่น การติดแผ่นนิโคติน การใช้ยา หรือการอ่านหนังสือ/ดูวิดีโอ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 15 อีกทั้ง Berndt *et al.*, (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน เป็นส่วนหนึ่งของ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) การประเมินการติดนิโคตินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการติดนิโคตินระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในช่วงเวลา 6-30 นาที มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 4.38 เท่า แต่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ >30 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้มากกว่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.11 เท่า



การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป การได้รับความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในคลินิกอดบุหรี่ในการช่วยเหลือให้มีการเลิกสูบบุหรี่อย่างถูกต้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกๆ

1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นได้เพิ่มขึ้นจากเดิม 1.03 เท่า (95% CI = 1.01-1.05)

ความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลน้อยมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลมาก พบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้าดังกล่าว เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ ภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการสูบบุหรี่ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นลดลงจากเดิม .86 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ของการสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 150)

ปัจจัยที่ศึกษา	β	S.E.	Wald	OR (95%CI)	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	0.10	0.04	4.78	1.10 (1.01-1.20)	0.029
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					
≤ 10 มวน	-2.17	0.80	7.35	0.11 (0.02-.55)	0.007
11-20 มวน	-1.46	0.77	3.59	0.23 (0.05-1.05)	0.058
21-30 มวน	-1.52	0.86	3.16	0.22 (0.04-1.17)	0.076
> 30 มวน				1	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน					
> 30 นาที	-0.11	0.57	0.04	0.89 (0.30-2.70)	0.840
6-30 นาที	1.48	0.52	7.94	4.38 (1.57-12.23)	0.005
ภายใน 5 นาที				1	
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่	0.00	0.09	0.00	1.00 (.85-1.18)	0.973
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ในการเลิกสูบบุหรี่	0.03	0.01	9.00	1.03 (1.01-1.05)	0.003
ความวิตกกังวล	-0.16	0.07	4.52	0.86 (0.74-0.99)	0.033
ความซึมเศร้า	-0.02	0.06	0.14	0.98 (0.88-1.09)	0.710
Constant	-1.60	1.19	1.79	0.20	0.181

-2 Log Likelihood = 157.95 Nagelkerke R Square = .376

Cox & Shell R Square = .281 β : regression coefficient

S.E. : Standard Error



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกบุหรี่ พยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน (5–30 นาที) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความวิตกกังวล

ไปเป็นแนวทางในการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นเพื่อป้องกันและลดปริมาณการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อนำมาพัฒนาในการวางแผนพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษ. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 41(1): 18-30.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (2551-2552). กรุงเทพฯ: กราฟิกโก ชิสดีมส์.
- ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. (2555). ยาช่วยเลิกยาสูบ. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (บรรณาธิการ). *คู่มือการควบคุมยาสูบฉบับผู้ปฏิบัติการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 15 - 28). นครปฐม: สันติกิจ พรีนติง.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. (2552). *ผลของการนัดกวดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 1(2) : 9-18.
- Berndt, N., Bolman, C., Mudde, A., Verheugt, F., de Vries, H., and Lechner, L. (2012). Risk groups and predictors of short-term abstinence from smoking in patients with coronary heart disease. *The Journal of Acute and Critical Care* 41(4): 332-343.



- Chouinard, M. C., and Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research* 54(4) : 243-254.
- Foulds, J., Gandhi, K.K., Steinberg, M.B., Richardson, D.L., Williams, J.M., Burke, M.V., and Rhoads, G.G. (2006). Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *American Journal of Health Behavior* 30(4) : 400-412.
- Helgason, A.R., Tomson, T., Lund, K.E., Galanti, R., Ahnve, S., and Gilljam, H. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *European Journal of Public Health* 14(3) : 306-310.
- Hennrikus, D.J., Lando, H.A., McCarty, M.C., Klevan, D., Holtan, N., and Huebsch, J.A. (2005). The TEAM project: The effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine* 40 : 249-258.
- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*. Master's Thesis, Department of Science, Faculty of Science (Biostatistics), Mahidol University.
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., and Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal* 321 : 355-358.
- MacKenzie, T.D., Pereira, R.I., and Mehler, P.S. (2004). Smoking abstinence after hospitalization : predictors of success. *Preventive of Medicine* 39 : 1087-1092.
- Myung, S.K., Seo, H.G., Park, S., Kim, Y., Kim, D.J., Lee, H., Seong, M.W., and Kim, M.Y. (2007). Sociodemographic and smoking behavioral predictors associated with smoking cessation according to follow-up periods: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of transdermal nicotine patches. *Journal of Korea Medical Science* 22(6) : 1065-1070.
- Ong, K.C., Cheong, G.N., Prabhakaran, L., and Earnest, A. (2005). Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology* 10 : 63-69.
- Sineenuch Siriwong. (2011). *Predicting Factors of Quitting Smoking among the Royal Thai Navy Personnel*. Doctoral dissertation, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Vaglio, J., Conard, M., Poston, W.S., O'Keefe, J., Haddock, C.K., House, J., and Spertus, J.A. (2004). Testing the performance of the ENRICH social support instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 13(2) : 24.
- World Health Organization. (2012). *World No Tobacco Day 2012 : Theme: The WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Retrieved December 4, 2012 from <http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/announcement/en/>
- Wu, J., and Sin, D.D. (2011). Improved patient outcome with smoking cessation: when is it too late? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 6 : 259-267.