

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด*

Factors Related to Smoking Cessation among Male Patients with Chronic Diseases in Trat Province*

อรพินท์ ชันแข็ง, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Orapin Khunkhang, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ²

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D. (Nursing) ³

Somsamai Rattanaagreeethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ²

Rungrat Srisuriyawet, Ph.D. (Nursing) ³

Received: May 20, 2019

Revised: June 13, 2019

Accepted: June 14, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์จากผลมาหาเหตุแบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน เพศชาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตราด จำนวน 230 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษา (กลุ่มเลิกสูบบุหรี่) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่) กลุ่มละ 115 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .90 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .90 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .94 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .86 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .99 และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .94 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orakhkh@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-1.43) และคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่ยังสูบบุหรี่อยู่ และกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยชาย โรคเรื้อรัง

Abstract

This retrospective case-control study aimed to examine factors related to smoking cessation among male patients with chronic diseases. The participants consisted of 230 males with hypertension or diabetes mellitus whom registered as chronic patients at the district health promoting hospital in Trat Province and were equally divided into a case group (smoking cessation) ($n = 115$) and a control group (smoking) ($n = 115$). The research instrument was a 8-part interview form: personal information, smoking and smoking cessation, perceived susceptibility of smoking with the reliability of .90, perceived severity of smoking with the reliability of .90, perceived benefits of smoking cessation with the reliability of .94, perceived barriers to smoking cessation with the reliability of .86, perceived self-efficacy in smoking cessation with the reliability of .99, and social support for smoking cessation with the reliability of .94. Data were collected from January to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression.

The research results revealed that perceived self-efficacy in smoking cessation and social support for smoking cessation were statistically significant related to smoking cessation ($p < .001$). Every one-point increasing of perceived self-efficacy in smoking cessation score could increased 1.29 times of chance in smoking cessation (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-1.43) and every one-point increasing of social support for smoking cessation score could increased 1.11 times of chance in smoking cessation (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17).

This research suggests that health care providers should enhance perceived self-efficacy in smoking cessation among male patients with chronic diseases who were smoking as well as encourage family support in order to promote successful smoking cessation.

Keywords: Smoking cessation, Male patient, Chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25.30, 17.90, 16.60, 14.10 และ 9.90 ตามลำดับ โดยสัดส่วนผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 30 เท่า ในทุกโรค (วิชัย เอกพลากร, 2553) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 6.90 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบความชุกของโรคร้อยละ 21.40 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 1.50 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า หากมีไขมันในเลือดสูง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552) และในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มเบต้า (beta blocker) จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต (Mahmud, Wadi, Feely, & Silke, 2015) ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่นานๆ จะมีภาวะคีโตนูริน ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เป็นสาเหตุให้ต้องถูกตัดอวัยวะสำคัญ (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2555) หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี และหากเลิกสูบได้ต่อเนื่อง 15 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552)

สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดตราด ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด เฉพาะเพศชาย ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม

พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 538 คน สูบบุหรี่จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 27.69 ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรจังหวัดตราด (ร้อยละ 20.76) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, กุมภการ สมมิตร, และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ และมีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วแต่ไม่สำเร็จ เช่น การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประภาพร ดองโพธิ์ (2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ส่วนอีกร้อยละ 41.70 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ และการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสองเดือน ของณัณฐิยา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) พบผู้ป่วยร้อยละ 47.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ ส่วนอีกร้อยละ 52.70 ยังคงสูบบุหรี่ นอกจากนี้ การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 66 (Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy, & Viwatwongkasem, 2014) ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบได้มาจากการอยากสูบ/ติดรสชาติของบุหรี่ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) เป็นต้น ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่คิดเลิกหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นเพราะความเจ็บป่วย มีปัญหาด้านสุขภาพ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบบานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และมีคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องอดบุหรี่ตามนโยบายของโรงพยาบาล (ณัณฐิยา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2014) ส่วนในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกลับจาก

โรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมีบริบทชุมชน และ มีระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยแตกต่างจากในโรงพยาบาล ยังมี การศึกษาน้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายที่มีอัตราการตาย จากการสูบบุหรี่สูง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มี ผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์, 2553; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552; Eklund, Nilsson, Hedman, & Lindberg, 2012; Jianvitayakij et al., 2014) การเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลิกสูบบุหรี่ และ การมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ (ฉันทิยา การมย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่รวมแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura เข้ามา ซึ่งเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเพิ่มการมี คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาท หน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคแก่บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรค ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

สมมติฐานการวิจัย

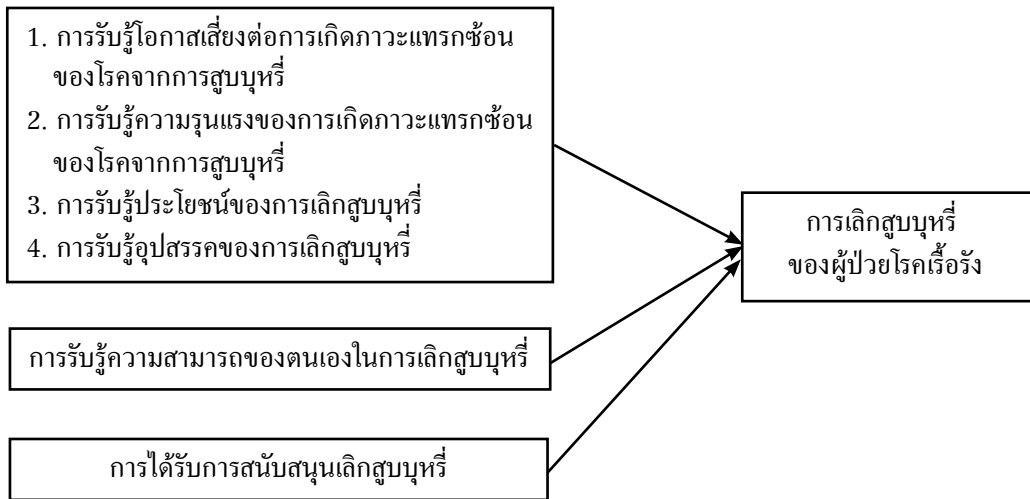
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) มาใช้ ใน การวิเคราะห์ถึงการรับรู้ที่เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันไปในทางบวก ซึ่งการมีพฤติกรรมป้องกันขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้ภาวะคุกคาม สุขภาพ อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และ 2) ผลลัพธ์ ของการชั่งน้ำหนักกระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรค และการมีปัจจัยร่วมที่เป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Champion & Skinner, 2002) โดยนำมาศึกษาเพื่อหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของ การเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
ส่วนปัจจัยร่วมที่ชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับ

การสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ สรุปลเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์จากผลมาหา
เหตุแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective case-control
study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน เพศชาย ที่โรงพยาบาล
ชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย
ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน
อำเภอเมืองและอำเภอสาขามัง จังหวัดตราด อำเภอละ 4 แห่ง
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่
ในช่วง 20-60 ปี 2) มีประวัติการสูบบุหรี่ 3) สามารถ
สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษา (case) คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่
และกลุ่มเปรียบเทียบ (control) คือ กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่
ตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามขั้นตอน
(stage of change) ของการเลิกสูบบุหรี่ ของกรองจิต
วาทิสาธกกิจ (2552) โดยกลุ่มศึกษา หมายถึง กลุ่มที่เลิก
สูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป และกลุ่มเปรียบเทียบ

หมายถึง กลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ หรืออยู่ระหว่างการเลิกสูบ
บุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน กำหนดขนาดตัวอย่างตามตาราง
การศึกษาแบบ case-control study สถิติ logistic
regression หา odds ratios (OR) ของ Lameshow,
Hosmer, Klar, and Lwanga (1990) โดยกำหนดสัดส่วน
การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ
.50 (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) และ
ระดับความเสี่ยงของปัจจัยที่ OR เท่ากับ 2.20 ซึ่งได้
จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง มีค่า OR อยู่ในช่วง 1-3.50 (ฉันทิยา คารมย์
และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555;
Jianvitayakij et al., 2014) อำนาจการทดสอบเท่ากับ
.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และกำหนด
อัตราส่วน case : control เป็น 1 : 1 (Lameshow et al., 1990)
ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 104 คน และเพื่อเป็น
การทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 10 (จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) ได้จำนวน
กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 115 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น

230 คน โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละอำเภอ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน โดยการจับคู่ตามอายุ (อายุ 20-40 ปี และอายุ 41-60 ปี) และจำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ต่ำกว่า 40 ปี และ 40 ปีขึ้นไป) โดยเลือกกลุ่มศึกษาจากนั้นจึงเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่สามารถจับคู่กันได้ ทำเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

2.1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และเหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้คำถามประเมินความพร้อมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดระยะการเลิกสูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; Prochaska, Redding, & Evers, 2008) จำนวน 1 ข้อ คือ “หลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ นานเท่าใด” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 6 ตัวเลือก ได้แก่ 1) ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้ 2) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า 3) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า 4) อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน 5) เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือน แต่ไม่ถึง 1 ปี และ 6) เลิกสูบบุหรี่มานานกว่า 1 ปี ทั้งนี้แบ่งกลุ่มการเลิกสูบบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กลุ่มที่ตอบตัวเลือก 5-6 และกลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กลุ่มที่ตอบตัวเลือก 1-4

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์สูง

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคสูง

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ Jianvitayakij et al. (2014) แปลจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของ Velicer, Diclemente,

Rossi, and Prochaska ปี ค.ศ. 1990 ประกอบด้วย สถานการณ์ที่ใช้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในตนเอง ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านบวก สถานการณ์ด้านลบ และสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ 'ไม่มั่นใจมากที่สุด' 'ไม่มั่นใจมาก' 'มั่นใจปานกลาง' 'มั่นใจมาก' และ 'มั่นใจมากที่สุด' สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ ความสามารถต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ ความสามารถสูง

ส่วนที่ 8 การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ Jianvitayakij et al. (2014) แปลจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ ของคนใกล้ชิดของ Cohen and Lichtenstein ปี ค.ศ. 1990 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ 'ไม่เคย' 'นาน ๆ ครั้ง' 'บางครั้ง' 'บ่อยครั้ง' และ 'บ่อยมาก' สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนสูง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสัมภาษณ์ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสู บุหรี่ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .90-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงฯ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ฯ ส่วนการรับรู้อุปสรรคฯ ส่วนการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และส่วน การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอป่อไร่

ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (กลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 15 คน) หากค่า ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .90, .94, .86, .99 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-10- 2559 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกและเตรียม ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกบำบัด ยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสมิง จำนวน 1 คน และพยาบาล วิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ เมือง จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยได้ศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มารับบริการ ตรวจสอบนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในขณะที่นั่งรอเพื่อเข้ารับ การตรวจจากแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) อ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนิน การเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการสู บุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และข้อมูลการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ทั้งนี้ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ซึ่งแก้ไขโดยคงตัวแปรที่ผลการทบทวนวรรณกรรมระบุว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ไว้ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา (กลุ่มเลิกสูบบุหรี่) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่) พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.50 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 55.29 ปี ($SD = 6.13$) และ 53.37 ปี ($SD = 6.06$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.50 และ 68.70 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 11,752.17 บาทต่อเดือน ($SD = 5,215.68$) และ 11,504.35 บาทต่อเดือน ($SD = 5,615.41$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.60 และ 69.60 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.50 และ 65.20 ตามลำดับ และมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.10 และ 73 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 5.86 ปี ($SD = 4.12$) และ 4.52 ปี ($SD = 4.10$) ตามลำดับ

2. ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 17-19 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.40 และ 20-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.10 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 17.90 ปี ($SD = 3.48$) และ 18.89 ปี ($SD = 3.07$) ตามลำดับ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ คือ บุหรี่ซอง คิดเป็นร้อยละ 68.70 และ 54.80 ตามลำดับ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ ไม่เคยพยายาม คิดเป็นร้อยละ 53 และ 56.50 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.40 และ 64 ตามลำดับ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกสูบทันทีหรือหักดิบ คิดเป็นร้อยละ 53.10 และ 66.80 ตามลำดับ และเหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ คือ มีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.90 และ 42 ตามลำดับ

2.2 ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกสูบนานมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 98.26 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ใน 6 เดือนนี้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.26 รองลงมา คือ ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 20

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ เท่ากับ 47.57 ($SD = 7.21$) และ 43.89 ($SD = .09$) ตามลำดับ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ เท่ากับ 40.79 ($SD = 6.35$) และ 37.23 ($SD = 7.31$) ตามลำดับ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ฯ เท่ากับ 45.97 ($SD = 4.51$) และ 43.71 ($SD = 5.32$) ตามลำดับ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคฯ เท่ากับ 14.40 ($SD = 5.09$) และ 26.30 ($SD = 7.63$) ตามลำดับ

3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถฯ เท่ากับ 97.33 ($SD = 6.74$) และ 50.63 ($SD = 20.07$) ตามลำดับ

3.6 การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนฯ เท่ากับ 41.80 ($SD = 16.09$) และ 21.23 ($SD = 17.29$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-.43) และผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย (n = 230)

ปัจจัยที่ศึกษา	b	SE	Wald	adj. OR (95% CI)	p
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่	-.057	.075	.590	.94 (.82-1.09)	.442
2. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	-.208	.116	3.193	.81 (.65-1.02)	.074
3. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่	-.100	.058	2.956	.90 (.81-1.01)	.086
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	.257	.053	23.536	1.29 (1.16-1.43)	< .001
5. การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่	.102	.027	14.518	1.11 (1.05-1.17)	< .001

Constant = -11.350, -2 Log likelihood = 52.490, Cox & Snell $R^2 = .686$, Nagelkerke $R^2 = .915$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยากในการปฏิบัติ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่จะมีความเคยชิน และ

มีการเสพติดนิโคติน ซึ่งเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ระดับนิโคตินในเลือดจะลดลง ก่อให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย สมาธิลดลง ดังนั้น ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะต้องอาศัยความตั้งใจและกำลังใจที่เข้มแข็ง จึงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่ว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล ทำให้บุคคลกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ยากก็จะมีผลพยายามทำให้สำเร็จ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่

กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ทำให้บุคคลมีความพยายามในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู อุทัยยัง (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่อีก โดยหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์ ซึ่งจะช่วยให้อาจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของชายไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.44 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถร่วมทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยได้ 1.17 เท่า

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรัก ความห่วงใย รวมทั้งให้คำแนะนำ และสะท้อนคิดจะช่วยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว และเป็นกำลังใจให้บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Champion & Skinner, 2002) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากรสาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็น 3.10 เท่า และ 3.50 เท่า

ของผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา ความย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ที่ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 1.10 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคนใกล้ชิดสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จเป็น 2.55 เท่า

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่นาน (เฉลี่ย 5.86 ปี และ 4.52 ปี ตามลำดับ) และยังไม่มีความเสี่ยงที่รุนแรง จึงไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ที่จะตามมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ที่ศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนที่มีความเข้าใจว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เข้าสังคมยากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หากผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ร่วมกับมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก เกิดความรู้สึกท้อแท้ ก็จะทำให้ไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปานชีวัน แลบุญมา (2551) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ของประชาชน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.02 เท่า ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่เป็นประจำจนติดแล้ว โดยทุกครั้งที่สูบบุหรี่ สารนิโคตินจะไปกระตุ้นสารโดปามีนซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดความสุข เกิดความรู้สึกพอใจ คลายเครียด แต่เมื่อขาดนิโคติน ร่างกายจะเสียสมดุลทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน ส่งผลให้เกิดความหงุดหงิดได้ง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง เป็นต้น (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู อุทัยยัง (2553) ที่พบว่า ความเครียด การเกิดอาการถอนนิโคติน การที่คนรอบข้างชวนสูบบุหรี่ และการเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดนิโคตินระดับสูงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 47.33

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่ยังสูบบุหรี่อยู่ โดยใช้ตัวแบบผู้ป่วยที่

สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และควรให้ข้อมูล คำปรึกษาให้กำลังใจ และพูดเสริมแรงให้มีความมุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ

1.2 บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจ และมีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(1), 192-198.
- ไชยสิทธิ์ วงศ์ภักพร. (2552). บุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และธณชัย คงสกนธ์ (บ.ก.), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (น. 209-213). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- ฉันทิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2552). การสูบบุหรี่ ของแสดงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *หมอชาวบ้าน*, 34(404), 26-29.
- ประภาพร ดองโพธิ์. (2556). *ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- ปานชีวัน แลบุญมา. (2551). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขต สถานีอนามัยบ้านแม่ปู อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. (2553). *ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- เรณู อุทธิยัง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา: การวิจัยเชิง คุณภาพ* (การศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (2551- 2552)*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, กุมภกร สมมิตร, และประภาพรรณ เลี่ยมอนันต์. (2555). *รายงานสถานการณ์การบริโภค ยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุม ป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่*. สมุทรปราการ: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). *โครงการทบทวนวรรณกรรม อย่างมีระบบเรื่อง ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการเลิก บุหรี่* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วานอุปถัมภ์กุล. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริม การเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วย วัณโรค* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The Exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2002). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eklund, B. M., Nilsson, S., Hedman, L., & Lindberg, I. (2012). Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tobacco Induced Diseases*, 10(1), 17.
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 100-110.
- Lameshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Mahmud, A., Wadi, H., Feely, J., & Silke, B. (2015). Cigarette smoking reduces blood pressure response to antihypertensive treatment in newly diagnosed hypertensive patients. *Journal of Hypertension*, 33, e94.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 97-125). San Francisco: Jossey-Bass.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
