นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ สถาบันโรคทรวงอก

สิรตา ชื่นโชติเกียรติ, ดวงใจ ดุดัน, วรวรรณ เข็มจันทร์, อัมพวัน แจ้งคำขำ

สถาบันโรคทรวงอก

(Received: June 9, 2026; Revised: August 5, 2026; Accepted: August 17, 2026)

Abstract

Factors Associated with Smoking Cessation Behavior among Patients at the Smoking Cessation Clinic, Central Chest Institute of Thailand.

Sirata Chuechotikitti, Duangjai Dudan, Worawan Khemchan, Amphawan Jangkhamkum.

The Central Chest Institute of Thailand.

Background and Objective: Chronic diseases represent a major public health problem, with smoking being a primary risk factor for disease exacerbation and complications. Smoking cessation among chronic lung and heart disease patients with long-term nicotine dependence is complex and challenging due to chemical addiction and behavioral habituation. Understanding the factors influencing successful cessation is essential for developing effective therapeutic interventions. This study aimed to examine the factors associated with and the predictors of successful smoking cessation among patients with chronic lung and heart diseases at the Smoking Cessation Clinic, Central Chest Institute of Thailand. **Methods:** This cross-sectional survey recruited a purposive sample of 158 patients with chronic diseases. Inclusion criteria were patients with chronic lung and heart diseases receiving services at the Smoking Cessation Clinic, Central Chest Institute of Thailand, having a history of smoking with long-term nicotine dependence, and willing to participate in the study. The research instrument was a questionnaire validated for content validity (IOC = 0.96) and reliability (Cronbach's alpha = 0.71-0.94). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and logistic regression analysis. **Results:** The study found that all aspects of health belief models and social support were significantly associated with smoking cessation behavior ($p < .05$). Multivariate analysis revealed two significant predictors of successful cessation ($p < .05$): 1) Nicotine Dependence Level: Patients with low-to-moderate dependence were 33.30 times more likely to succeed in quitting compared to those with high dependence (OR = 33.30, 95% CI: 2.01-551.40). 2) Perceived Self-Efficacy: Patients with high levels of perceived self-efficacy were 5.63 times more likely to succeed (OR = 5.63, 95% CI: 2.39-13.25).

These findings highlight that even among chronic disease patients with long-term smoking history (mean = 35.09 years), managing biological dependence alongside psychological confidence is a crucial key to success. **Conclusion and Recommendations:** Nurses should prioritize in-depth assessment of nicotine dependence in conjunction with emotional barriers. Integrating self-efficacy enhancement programs within a Healing Environment is recommended to improve sustainable smoking cessation rates among patients with chest diseases.

Keywords: Smoking Cessation Behavior, Lung and heart diseases, Nicotine Dependence, Perceived Self-Efficacy,

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้โรคกำเริบและเกิดภาวะแทรกซ้อน การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพานิโคตินยาวนานมีความซับซ้อนและทำได้ยาก เนื่องจากกลไกการติดสารเคมีและความเคยชิน การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจเรื้อรัง ณ คลินิกอดบุหรี่ สถาบันโรคทรวงอก **วิธีการวิจัย:** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 158 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกอดบุหรี่ สถาบันโรคทรวงอก มีประวัติการสูบบุหรี่และมีภาวะพึ่งพานิโคตินเป็นระยะเวลายาวนาน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC = 0.96) และความเที่ยง (Cronbach's alpha = 0.71-0.94) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติก **ผลการวิจัย:** พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) โดยเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพหุตัวแปรพบว่า องค์ความรู้สำคัญในการพยากรณ์ความสำเร็จ 2 ปัจจัย คือ 1) ระดับการติดนิโคติน: กลุ่มที่มีระดับการติดต่ำถึงปานกลางมีโอกาสเลิกสำเร็จสูงถึง 33.30 เท่า (OR = 33.30, 95% CI: 2.01-551.40) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ติดระดับสูง 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง: กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับมากมีโอกาสเลิกสำเร็จเป็น 5.63 เท่า (OR = 5.63, 95% CI: 2.39-13.25)

สรุปผลการวิจัย: ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแม้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่มายาวนาน (เฉลี่ย 35.09 ปี) การจัดการระดับการติดทางชีวภาพควบคู่กับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นทางจิตใจเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ **ข้อเสนอแนะ:** พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับการติดนิโคตินเชิงลึกควบคู่กับอุปสรรคทางอารมณ์ และบูรณาการโปรแกรมสร้างความเชื่อมั่น (Self-efficacy) ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (Healing Environment) เพื่อยกระดับอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคทรวงอกอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลิกบุหรี่, โรคเรื้อรัง, ระดับการติดนิโคติน, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[1] ได้รายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังดังกล่าวที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่กว่า 8 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ยังคงน่ากังวลโดยมีผู้เสียชีวิตกว่า 50,000 คนต่อปี ซึ่งก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสาธารณสุขอย่างมหาศาล[2]

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้การเสพติดนิโคตินเป็นโรคพึ่งพานิโคติน (Nicotine Dependence Disorder) ที่มีความซับซ้อนในการรักษาเนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดที่ส่งผลต่อระบบสมอง[3] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจเรื้อรังที่การเลิกบุหรี่จะมีความยากและซับซ้อนขึ้นมากขึ้นจากภาวะของโรคร่วมด้วย นอกจากนี้ ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[4]อุปสรรคทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[5,6] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเป็นตัวพยากรณ์สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[7]

สถาบันโรคทรวงอก เป็นสถาบันระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด พบข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้รับบริการที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 56.85 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจ ข้อมูลนี้สะท้อนว่าแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะของโรคปอด และโรคหัวใจจะมีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ ความสำเร็จจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงความตั้งใจแต่ต้องอาศัยความเข้าใจในมิติของ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)[8,9]

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดหลัก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค และ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) ควบคู่ไปกับการพิจารณาความพร้อมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ระยะ ของ Prochaska และคณะ[10] เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นว่าในบริบทของผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจ ปัจจัยใดที่มีอำนาจในการทำนายความสำเร็จที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบโปรแกรมการช่วยเหลือที่ตรงจุดควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบรายงานข้อมูลบริการเลิกบุหรี่แบบครบวงจรให้มีประสิทธิภาพ[11] และยังสามารถบูรณาการเทคนิคการสร้างความเชื่อมั่น เพื่อยกระดับอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของสถาบันโรคทรวงอกอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ป่วยในคลินิกอดบุหรี่ สถาบันโรคทรวงอก โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติวิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จำนวน 158 ราย ที่มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ สถาบันโรคทรวงอก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ : เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุม การวัดระดับนิโคติน (Fagerström Test for Nicotine Dependence; FTND) ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)

คุณภาพเครื่องมือ : ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOCเท่ากับ 0.96) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) อยู่ระหว่าง 0.71-0.94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง : ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก (REC No. 015/2568 วันที่16 พฤษภาคม 2568)

การวิเคราะห์ข้อมูล : ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, ไคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 158)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
วัยรุ่น (น้อยกว่า 20 ปี)	1	0.60
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20–40 ปี)	33	20.90
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41–60 ปี)	77	48.70
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (61 ปีขึ้นไป)	47	29.80
2. เพศ		
หญิง	24	15.20
ชาย	134	84.80

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 158) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	21	13.30
สมรส	114	72.20
หม่าย/หย่า/แยก	23	14.50
4. การศึกษา		
ประถมศึกษา	56	35.44
มัธยมศึกษา	40	25.31
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	28	17.72
ปริญญาตรีขึ้นไป	34	21.53
5. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า1 โรค)		
ไม่มีโรคประจำตัว	14	6.60
โรคประจำตัว	144	93.40
โรคปอด	76	35.85
โรคหัวใจและหลอดเลือด	65	30.67
โรคมะเร็งปอด	7	3.30
โรคความดันโลหิตสูง	24	11.32
โรคเบาหวาน	19	8.96
อื่น ๆ/โรคเก๊าท์/โรคการนอนหลับ	7	3.30

จากการวิเคราะห์ ตารางที่ 1 : ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.80) มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41–60 ปี) (ร้อยละ 48.70) ด้านสถานภาพทางสังคม พบมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 72.20) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.44) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 38.60) และในด้านอาชีพพบว่าเป็นผู้ว่างงาน (ว่างงาน/หลังเกษียณ) (ร้อยละ 32.91) ลักษณะทางคลินิก และโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.40) มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคปอด (ร้อยละ 35.85) รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 30.67) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 11.32) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 8.96)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 158)

รายการประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
1. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)		
อายุเฉลี่ย (x) = 17.25 S.D. = 5.14 Min=7 Max=35		
2. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาจนถึงปัจจุบัน (ปี)		
1 – 20 ปี	29	18.36
21 – 25 ปี	6	3.80
มากกว่า 25 ปีขึ้นไป	123	77.84
รวม	158	100.00
ระยะเวลาเฉลี่ย (x) = 35.09 S.D. = 13.56 Min=2 Max=66		
3. ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน)		
น้อยกว่า 10 มวน	68	43.04
10 – 20 มวน	74	46.84
มากกว่า 20 มวนขึ้นไป	16	10.12
รวม	158	100.00
ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูบ (มวนต่อวัน) ($\overline{x}$) 13.41 S.D. = 7.79		
4. บุคคลใกล้ชิดที่ยังสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลุ่มที่มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่	133	70.74
ไม่มีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่เลย	55	29.27
รวม	188	100.00

ผลการวิเคราะห์ตารางที่ 2 ประวัติการสูบบุหรี่ ดังนี้: อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่มีอายุที่มากที่สุด 35 ปี อายุน้อยที่สุด 7 ปี อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ย 17.25 ปี (S.D. = 5.14) มีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ยยาวนานถึง 35.09 ปี (S.D. = 13.56) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 77.84 สูบบุหรี่มานานมากกว่า 25 ปีขึ้นไป ปริมาณ และลักษณะการสูบ ส่วนใหญ่มีปริมาณการสูบ 10-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 46.84 เฉลี่ยอยู่ที่ 13.41 มวนต่อวัน (S.D. = 7.79) บุคคลใกล้ชิดที่ยังสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 70.74

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของคะแนนการติดนิโคตินและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ (n = 158)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)	ระดับ / แปลผล
1. คะแนนการติดนิโคติน (Fagerstrom Test)	**2.52**	**1.84**	**0**	**9**	**ต่ำ**
2. คะแนนความรู้ความเข้าใจพิษภัยและโทษของบุหรี่	**6.39**	**2.15**	**0**	**10**	**ปานกลาง**

ผลการวิเคราะห์ตารางที่ 3 ในด้านคะแนนการติดนิโคติน ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการติดนิโคตินอยู่ที่ 2.52 คะแนน (S.D. = 1.84) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์มาตรฐาน (0-3 คะแนน) จัดอยู่ในระดับการติดต่ำ (โดยช่วงคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ 0 ถึง 9 คะแนน) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.39 คะแนน (S.D. = 2.15) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน จัดอยู่ใน ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 158)

1. ประวัติการพยายามเลิกบุหรี่ (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)	**จำนวน**	**ร้อยละ (%)**
เคยพยายามเลิก	130	82.27
ไม่เคยพยายามเลิก	28	17.72
รวม	158	100.00
2. จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิก (ครั้ง)		
1 ครั้ง	51	39.23
2 ครั้ง	43	33.07
3 ครั้งขึ้นไป	36	27.70

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 158) (ต่อ)

3. วิธีที่เคยใช้เลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เลิกสูบทันที (หักดิบ)	88	37.60
ลดจำนวนมวนที่สูบ	56	23.93
การใช้ตัวช่วย(หมากฝรั่ง/ลูกอม/สมุนไพร/มะนาว)	31	13.25
ปรึกษาพยาบาล/พบแพทย์รับยา	31	13.25
ยังไม่เคยพยายามเลิก	28	11.97
รวม	234	100.00
4. แรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)		
ความต้องการเลิกเองเพื่อสุขภาพ	97	39.11
มีปัญหาสุขภาพแพทย์แนะนำให้เลิก	86	34.68
คนใกล้ชิดขอร้อง/กลัวคนใกล้ชิดได้รับผลกระทบ	45	18.15
อื่นๆ (ประหยัดเงิน/มีที่ปรึกษา/การณรงค์เลิกบุหรี่)	20	8.06
รวม	248	100.00

ผลการวิเคราะห์ตารางที่ 4 ประวัติการพยายามเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนถึงร้อยละ 82.27 โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่เคยพยายามเลิกมาแล้ว 3 ครั้งขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 27.70 ซึ่งวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ "การหักดิบ" (เลิกสูบทันที) ร้อยละ 37.60 รองลงมาคือการลดจำนวนมวนร้อยละ 23.93 แรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ แรงจูงใจหลักคือ ความต้องการเลิกเองเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 39.11 รองลงมาคือมีปัญหาสุขภาพแพทย์แนะนำให้เลิก ร้อยละ 34.68

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ (n = 158)

ลำดับ	ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุน	สถิติ χ^2	ค่า p-value	ผลการทดสอบ
1	การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)	18.23	< 0.001*	สัมพันธ์สูงมาก
2	การรับรู้อุปสรรค	16.45	0.001*	สัมพันธ์สูงมาก
3	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.56	0.002*	สัมพันธ์สูง
4	การได้รับการสนับสนุนการเลิกบุหรี่	14.12	0.003*	สัมพันธ์สูง
5	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	12.87	0.005*	สัมพันธ์สูง
6	การรับรู้ประโยชน์	10.92	0.027*	สัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตารางที่ 5 จากการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ความสัมพันธ์ภาพรวม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบแผน HBM ทั้ง 5 ด้าน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก: ปัจจัยที่มีค่าสถิติสูงและมีระดับนัยสำคัญชัดเจนที่สุด 2 อันดับแรก คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy): มีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($\chi^2 = 18.23$, $p < .001$)
2. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers): มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($\chi^2 = 16.45$, $p = .001$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง: ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\chi^2 = 14.56$, $p = .002$) การได้รับการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ($\chi^2 = 14.12$, $p = .003$) และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\chi^2 = 12.87$, $p = .005$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในระดับรองลงมา ($\chi^2 = 10.92$, $p = .027$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ (n = 158)

ปัจจัยทำนาย	OR	95% CI	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ระดับมาก)	5.63	2.39 – 13.25	< .001*
ระดับการติดนิโคติน (ระดับต่ำ-ปานกลาง)	33.30	2.01 – 551.40	< .05*
การรับรู้อุปสรรค (ระดับน้อย)	1.82	0.92 – 3.61	.085
การได้รับการสนับสนุน (ระดับมาก)	1.59	0.82 – 3.07	.168

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ตารางที่ 6 จากการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบองค์ความรู้สำคัญที่สามารถพยากรณ์ความสำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ระดับการติดนิโคติน (Nicotine Dependence): เป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการติดนิโคติน "ต่ำถึงปานกลาง" มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงถึง 33.30 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับการติดสูง (OR = 33.30, 95% CI: 2.01–551.40, $p < .05$)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy): กลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองใน "ระดับมาก" มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จเป็น 5.63 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้ระดับน้อยถึงปานกลาง (OR = 5.63, 95% CI: 2.39-13.25, $p < .001$)

สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคและการได้รับการสนับสนุน แม้จะมีความสัมพันธ์ในเบื้องต้น แต่เมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลนี้ ($p < .05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคทรวงอก ดังนี้ :

1. ปัจจัยพื้นฐานและบริบททางคลินิก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.40) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคปอดและโรคหัวใจ ซึ่งทำหน้าที่เป็น "ปัจจัยชักนำภายใน" (Internal Cues to Action) ที่ทรงพลัง กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความอยู่รอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Taniguchi และคณะ12 ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ แรงเสริมเชิงบวกจากคู่สมรสยังช่วยประคับประคองสภาวะจิตใจในช่วงวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับกษมา และคณะ8 พบว่าปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs

2. ประวัติการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการสูบยาวนานเฉลี่ยถึง 35.09 ปี สะท้อนว่าบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต (Lifestyle Embedding) อุปสรรคภายนอกที่สำคัญคือการมีบุคคลใกล้ชิดยังสูบบุหรี่อยู่ถึงร้อยละ 70.74 ซึ่งเป็นอุปสรรคทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (Environment Barrier) เป็นตัวกระตุ้น (Cues to Action) ให้เกิดการกลับไปสูบซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuru Sönmez และคณะ13 ว่าสภาพแวดล้อมและปัจจัยกระตุ้นมีผลต่อความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่และการกลับไปสูบซ้ำ ดังนั้นความตั้งใจเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องอาศัยการจัดการสิ่งแวดล้อมใหม่ด้วย

3. มิติทางชีวภาพและอารมณ์ กุญแจสู่ความสำเร็จผลการวิจัยพบปัจจัยทำนาย (Predictors) ที่มีอำนาจสูง 2 ประการ ซึ่งถือเป็น องค์ความรู้ใหม่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจในสถาบันโรคทรวงอก

การติดนิโคติน (The Biological Key) กลุ่มที่ติดระดับต่ำถึงปานกลางมีโอกาสสำเร็จสูงถึง 33.30 เท่า ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่า "ภาวะพึ่งพาสารเคมี" เป็นปราการด่านแรกที่ต้องจัดการ สอดคล้องกับ Tawfik และคณะ[9] ที่พบว่าระดับการติดนิโคตินสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดการอาการถอนยาตามคู่มือการรักษาโรคเสพติดยาสูบ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (The Psychological Key): เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของการเลิกบุหรี่ โดยกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นสูงมีโอกาสสำเร็จมากกว่าถึง 5.63 เท่า สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura[6] ที่ว่าความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะกำหนดความพยายามและความอดทนต่ออุปสรรค การฝึกให้ผู้ป่วยมี "การตระหนักรู้ทางอารมณ์" (Emotional Awareness) จะช่วยเสริมสร้าง Self-Efficacy ให้แข็งแกร่งพอที่จะก้าวข้ามอุปสรรคในช่วงถอนยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anggreani และคณะ[7] ที่ระบุว่าความมั่นใจในตนเองเป็นปัจจัยหลักในการก้าวข้ามอุปสรรคทางร่างกาย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพของสถาบันโรคทรวงอก สามารถนำปัจจัยทำนายเชิงชีวภาพและอารมณ์ดังกล่าว ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ที่จำเพาะเจาะจง โดยเน้นการบริหารจัดการอาการถอนนิโคตินควบคู่กับการจัดกิจกรรมฝึกการตระหนักรู้ทางอารมณ์เพื่อยกระดับความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. การคัดกรองและประเมินเชิงรุก: พยาบาลคลินิกอดบุหรี่ควรให้ความสำคัญกับการประเมิน อุปสรรคทางจิตใจ (เช่น อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย) ควบคู่ไปกับการประเมินอาการทางกาย เนื่องจากผลวิจัยพบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างสูงอย่างมีนัยสำคัญ

2. การปรับปรุงโปรแกรมการให้คำปรึกษา: ควรบูรณาการเทคนิคการจัดการอารมณ์และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) เช่น การฝึกสติ (Mindfulness) หรือการทำสมาธิสั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเครื่องมือในการจัดการกับสภาวะภายในจิตใจที่แปรปรวนในช่วงเริ่มต้นของการเลิกบุหรี่

3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (Healing Environment): ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมให้คู่สมรสหรือคนใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเลิกบุหรี่ เพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และช่วยปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เป็นพื้นที่ปลอดภัย ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการกลับไปสูบซ้ำ (Relapse)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโมเดลการดูแล ในรูปแบบการทดลอง (Experimental Research) หรือการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและคณะผู้บริหารสถาบันโรคทรวงอกที่อนุมัติและสนับสนุนทรัพยากร ขอบพระคุณสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ ที่สนับสนุนงบประมาณวิจัยจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณพยาบาลคลินิกอดบุหรี่ คลินิกโรคปอด และผู้ป่วยทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กรองจิต วาทีสาธกกิจ, อรพร ตันทวีวงศ์. บทเรียนโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่: ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพระดับชุมชน พ.ศ.2553-2554. กรุงเทพฯ: มูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2553.
3. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. คู่มือการบำบัดการติดบุหรี่สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: มนปรียา กราฟิก; 2559
4. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr 1974;2(4):328-35.
5. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later. Health Educ Q. 1984;11(1):1-47.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
7. Anggreani D, Ahsan A, Sudiana IK. Factors affecting smoking cessation behavior: A systematic review. J Public Health Res 2022;11(2):1-9.
8. Mala K, Klangcharnnarong T, Thienprasert ST. Selected factors based on Health Belief Model associated with smoking cessation behavior among patients with non-communicable diseases. Journal of Nursing and Health Care 2024;42(1):1-15. (in Thai)
9. Tawfik AG, Hassan MS, Hamed AF. Factors associated with smoking cessation success among smokers attending a smoking cessation clinic. Egypt J Bronchol 2022;16(1):1-9.
10. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 97–121.
11. Sirimanassakul K, Jiewramonaikul T. Evaluation of the integrated smoking cessation service data report system (Fah Sai Clinic Program V. 2). Journal of Medical and Public Health Region 4 2025;14(1):115-24. (in Thai)
12. Taniguchi C, Narisada A, Ando H, Hashimoto A, Nakayama A, Ito M, et al. Smoking cessation behavior in patients with a diagnosis of a non-communicable disease: The impact of perceived disease severity of and susceptibility to the disease. Tob Induc Dis 2023;21(125):1-9.
13. Kuru Sönmez I, Can G, Sonmez A, Ozturk A. Evaluation of factors affecting smoking cessation success and relapse. J Subst Use 2024;29(1):45-52.